

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

1917

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**H. BONNEDAME**

Né à Épernay (Marne), le 27 septembre 1886  
Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACCOUCHEMENT

CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

*Président : M. BAR, professeur.*

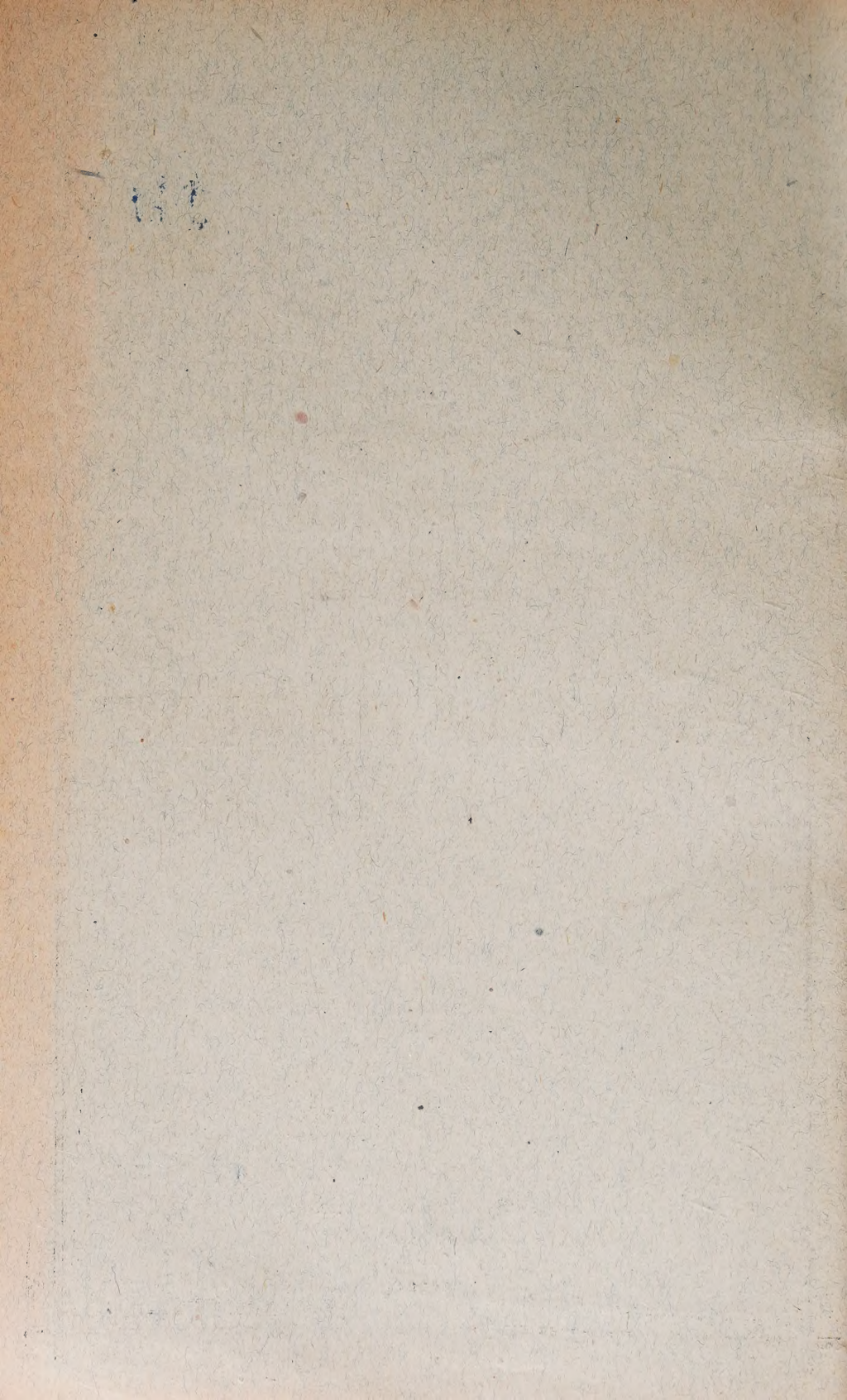
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi<sup>e</sup>)

1911



197

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552803\\_0065](https://archive.org/details/IA41552803_0065)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**H. BONNEDAME**

Né à Épernay (Marne), le 27 septembre 1886  
Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACCOUCHEMENT

CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

*Président : M. BAR, professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi<sup>e</sup>)

1911



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM

|                                                                        |                     |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | NICOLAS             |
| Physiologie. . . . .                                                   | CH. RICHET          |
| Physique médicale. . . . .                                             | GARIEL              |
| Chimie organique et Chimie générale. . . . .                           | GAUTIER             |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                  | BLANCHARD           |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                         | ACHARD              |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | WIDAL               |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | DEJERINE            |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LANNELONGUE         |
| Histologie. . . . .                                                    | L'ERRE MARIE        |
| Opérations et appareils. . . . .                                       | PRENANT             |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | HARTMANN            |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | POUCHET             |
| Hygiène. . . . .                                                       | MARFAN              |
| Médecine légale. . . . .                                               | CHANTEMESSSE        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | THOINOT             |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | CHAUFFARD           |
|                                                                        | ROGER               |
| Clinique médicale. . . . .                                             | HAYEM               |
|                                                                        | GILBERT             |
|                                                                        | DEBOVE              |
|                                                                        | LANDOUZY            |
|                                                                        | HUTINEL             |
| Maladies des enfants. . . . .                                          |                     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | GILBERT BAILLET     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | GAUCHER             |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      |                     |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | DELBET              |
|                                                                        | QUENU               |
|                                                                        | RECLUS              |
|                                                                        | SEGOND              |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | DE LAPERSONNE       |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | ALBARRAN            |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | BAR                 |
|                                                                        | PINARD              |
|                                                                        | RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | POZZI               |
| Clinique chirurgicale infantile. . . . .                               | KIRMISSON           |
| Clinique thérapeutique. . . . .                                        | ALBERT ROBIN        |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

|            |                   |            |           |
|------------|-------------------|------------|-----------|
| BALTHAZARD | DESGREZ           | LENORMANT  | PROUST    |
| BERNARD    | DUVAL (P.)        | LEQUEUX    | RATHERY   |
| BRANCA     | GOUGEROT          | LERI       | RETTERER  |
| BRINDEAU   | GREGOIRE          | LOEPER     | RICHAUD   |
| BROCA (A.) | GUENIOT           | MACAIGNE   | ROUSSY    |
| BRUMPT     | GUILLAIN          | MAILLARD   | ROUVIERRE |
| CAMUS      | JEANNIN           | MORESTIN   | SCHWARTZ  |
| CARNOT     | JOUSSET (A.)      | MULON      | SICARD    |
| CASTAIGNE  | LABBE (M.)        | NICLOUX    | TERRIEN   |
| CHEVASSU   | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TIFFENEAU |
| CLAUDE     | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC   | ZIMMERN   |
| COUVELAIRE | LECENE            | OMBREDANNE |           |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE .

A MONSIEUR ÉMILE BISCHOFF

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HÔTEL-DIEU DE REIMS

A MONSIEUR LE D<sup>r</sup> BONNAIRE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Membre de l'Académie de Médecine  
Chevalier de la Légion d'honneur

•

## AVANT-PROPOS

---

A la fin de mes études médicales, ma pensée se reporte au loin, sur les coteaux de ma belle Champagne, si joyeuse autrefois, si éprouvée aujourd'hui. Il me semble y voir encore mon père, avec sa verve coutumière, entretenir ses vigneronns et célébrer leur vin. Que n'a-t-il pu voir achever cette thèse, objet de ses rêves qui eût été le couronnement de sa vie et qui lui eût permis de nous quitter heureux. Mais si je ne puis que célébrer sa mémoire, je puis au moins chérir ma mère, si grande et si bonne, qui m'a toujours protégé de son amour et de son dévouement. Que son parent, M. Émile Bischoff à qui ma sœur et moi devons notre avenir, me permette de lui témoigner ici publiquement notre profonde reconnaissance.

Et toi chère petite sœur, qui m'a aidé de tes conseils et de tes lumières, reçoit l'hommage de ma tendre affection.

Reims « si riche en souvenirs » (1) fut le berceau de

---

1. Thèse de notre excellent ami et ancien collègue, le D<sup>r</sup> Bourgeois (de Fumay) (Paris, 1910).

mes études. J'y ai passé quatre années fiévreuses, années d'espoir et de travail. Chers étudiants Rémois, grands cœurs et bons camarades, qu'ils se rappellent comme moi l'Hôtel-Dieu de Reims, ses jardins et son cloître, son internat vivant, ses maîtres éminents.

Là j'ai été l'élève successivement de MM. Henrot, Langlet, De Bovis, Bruandet, Blum, Bottu, Chevy, Colleville, Fossier, Guelliot, Gosset, Harman, Hache (*in memoriam*), Hoël, Jacquinet, Lardennois, Luton, Morange, Pozzi, Simon, Téchoueyres.

Ma gratitude ira à tous et notamment à M. le professeur Harman, Chirurgien des Hôpitaux, Professeur honoraire d'Anatomie ; à M. le Professeur Colleville, Professeur de Clinique médicale ; à M. le Professeur de Bovis, Professeur de Clinique obstétricale, qui furent pour moi des maîtres aussi dévoués que compétents.

Tous nos maîtres ont su me rendre chère notre belle et grande école de Reims, si célèbre autrefois comme Faculté, si méconnue à tort aujourd'hui. Elle a donné à la science des hommes comme Abraham de la Framboisière, médecin de Louis XIII. Pierre Rainssant, Garde du Cabinet des Médailles du Roy, H. Ninnin, traducteur de Celse.

Desessartz, Hecquet, Cabanis, Antoine Dubois, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris.

Bertin, Littre, membres de l'Académie des Sciences.  
Sénac et Valot, Médecins de Louis XIV.

De la Mettrie et le Conventionnel Guillotin.

Des botanistes comme : Daubenton et de Jussieu

Des chirurgiens comme : Noël, Chirurgien de l'Armée de Lafayette, Caqué, Lieutenant du premier Chirurgien du Roy et Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims. Museux, David, Lecat, Sedillot, etc.

Des médecins comme Marc-Hector Landouzy et A. Luton, le promoteur de la sérothérapie.

Et tant d'autres, tous docteurs de l'ancienne Faculté de *Rheims* (1).

Et parmi les maîtres de la science actuelle, nous n'oublierons pas de citer Nicaise, Chirurgien des Hôpitaux, Lancereaux, Médecin des Hôpitaux ; MM. Landouzy, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; Duguet, Membre de l'Académie de Médecine ; Rémy, Launois, professeurs agrégés ; Michel, Médecin des Hôpitaux, le D<sup>r</sup> Doyen.

Ce sont là noms illustres, mais Reims compte encore de nombreux enfants, humbles praticiens ignorés, qui donnèrent sans compter à l'humanité leur science, leur dévouement et trop souvent leur vie. Le Livre d'or de notre Internat n'a retenu les noms que du D<sup>r</sup> Chabaud, de l'interne Robinet, du pharmacien Guyot, morts du typhus à l'Hôtel-Dieu de Reims en 1839.

Parmi les maîtres de Paris, un nom pour moi se dégage, celui de M. le D<sup>r</sup> Bonnaire, Professeur

---

1. Nous tenons à remercier ici notre éminent maître, le D<sup>r</sup> Guelliot, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui nous a si aimablement fait profiter de sa haute compétence historique.

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Il nous a toujours marqué une haute bienveillance; il sait quelle lourde dette de reconnaissance nous avons contractée envers lui.

Nous associons à son nom celui de M. le D<sup>r</sup> Jean-  
nin, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de  
Paris, dont les leçons nous ont été si précieuses.

Enfin, nous tenons à remercier M. le Professeur  
Bar du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant  
la présidence de cette thèse.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE L'ACCOUCHEMENT  
CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

---

INTRODUCTION

---

Parmi les problèmes de l'Obstétrique, l'un de ceux qui prêtent le plus à la discussion est celui qui a trait à l'accouchement chez les primipares âgées.

De tout temps on a discuté sur le sujet ; mais les statistiques qui ont été la base des travaux étaient si différentes que certaines des conclusions ont été tout à fait contradictoires. Il nous a semblé qu'il nous était possible, en nous basant nous-même sur une statistique de plusieurs années, de prendre place dans le débat et d'essayer de tirer quelques idées des chiffres que nous avons recueillis. Nous présentons ce travail comme une collaboration à toutes les autres études, nous gardant bien d'en vouloir tirer des conclusions définitives, mais n'ayant pour but que de mettre nos moyennes en comparaison avec celles des autres auteurs.

Nous avons eu entre les mains plus spécialement la thèse de M. Courtade; nous y avons fait de fréquents emprunts et elle nous a été d'un grand secours; nous remercions son auteur qui l'a mise gracieusement à notre disposition. Elle a présenté pour nous un intérêt particulier, ayant été faite à une époque qui a précédé l'antisepsie. De cette notion nous avons tiré quelques idées.

Bien des grands noms nous ont précédé dans cette étude. Nous nous sommes fait un devoir de rappeler leurs travaux, trop heureux d'avoir pu apporter quelque contribution à leur autorité sur cette question.

L'idée de ce travail nous a été fournie par M. le Dr Bonnaire, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. C'est dans son service : la maternité de Lariboisière, que nous en avons trouvé les éléments; il nous a aidé de ses conseils, encouragé de son expérience; nous lui en conservons une profonde reconnaissance et nous le prions d'agréer l'expression de notre sincère gratitude.

---

## HISTORIQUE

---

« Dans l'histoire de l'accouchement chez les primipares âgées, le point capital, celui sur lequel se concentre à peu près exclusivement l'intérêt du praticien, c'est le pronostic du travail. Est-il plus long, est-il plus grave ?

» Or, là-dessus toutes les opinions possibles ont été émises. Pour les uns, le premier accouchement est très dangereux chez la femme d'un certain âge.

» Selon d'autres, l'aggravation est réelle, mais d'ailleurs peu accentuée.

» Beaucoup d'auteurs, enfin, considèrent comme absolument nulle l'influence des années. »

Ainsi s'exprimait Courtade, en 1884, au début de sa thèse ; depuis cette époque la question n'a pas changé. Bien des mémoires ont été publiés, plusieurs thèses ont paru sur le même sujet, les statistiques abondent, mais aucune conclusion nette n'a été tirée ; les chiffres diffèrent et se contredisent brutalement ; les conclusions se ressentent de ce résultat.

La doctrine des anciens accoucheurs, depuis les temps les plus reculés, était pessimiste.

Soranus d'Ephèse (1<sup>er</sup> siècle), Avicenne (x<sup>e</sup> siècle)

Galien trouvèrent dans l'âge avancé une cause d'aggravation pour la primiparité :

« Mulieres annis confectæ... mulier post annum quintum et vigesimum primo concipiens... mulier nimis annosa ut eum excessit 40 annos... mulier annosior... senescentes mulieres difficilium pariunt ».

Senescentes autem mulieres, ob id difficilime pariunt quia (ut inquit Galenus, caput 7) collum matricis habent durum, cartilagosum et prope ossem.

Devenir accuse l'ankylose du coccyx, mais plus encore la rigidité des parties molles.

« Os uteris tam crassum et prædurum fuit, ut ægre aperiat, idque plurimum venit iis quæ prævectoria jam ætatis sunt in primo maximo enixu (Courtade, *loc. cit.*, p. 8.)

En 1718, Dionis, dans son *Traité général d'accouchements* (Paris, 1870) s'exprime ainsi :

« ... Si l'on prend deux peaux de brebis, savoir d'une jeune et d'une vieille et que l'on en fasse des gants, ceux qui seront faits de la peau de la jeune brebis se ganteront aisément et s'accommoderont à la grosseur de la main, ceux qui seront faits de la peau de la vieille auront de la peine à se ganter, parce que les fibres étant dures et desséchées ne pourront pas s'étendre... »

» ... Si l'on avait à faire un choix entre deux primipares ayant l'une quinze ans, l'autre quarante, c'est celle de quinze ans qu'il faudrait préférer. »

Mauriceau vient donner à cette thèse l'appui de son

autorité et donne comme cause de retard à l'accouchement la sécheresse, la dureté des parties molles qui nuisent à la dilatation, et l'articulation du croupion plus ferme.

« ... Comme si elle est trop jeune, dit-il, ayant le passage étroit, ou trop vieille, étant grosse de son premier enfant, d'autant que pour lors les parties, qui sont plus sèches et plus dures, ne peuvent pas si facilement se prêter à la dilatation nécessaire... et outre cela, les vieilles ont l'articulation du coccyx ou croupion plus ferme, ce qui fait qu'ils ne cèdent pas si aisément à la sortie de l'enfant, qu'aux jeunes qui ont cette partie encore cartilagineuse... »

J'ai souvent remarqué, dit-il à propos de l'éclampsie, que ce fâcheux accident n'arrive que dans le premier accouchement des femmes, et principalement chez celles qui sont un peu avancées en âge et que les enfants de ces femmes sont presque toujours des enfants mâles qui, par la grosseur de leur corps, augmentent la difficulté de l'accouchement, contribuant beaucoup à causer cet accident... » (1740).

En résumé Mauriceau professe que :

- 1° Le travail est plus long et plus difficile ;
  - 2° La mère est plus exposée à l'éclampsie ;
  - 3° La proportion des garçons est plus forte que celle des filles ;
  - 4° Le poids des enfants est plus élevé ;
  - 5° La mortalité des enfants dépasse la normale
- (Courtade, p. 9).

Puzos en 1758 exprime les mêmes idées :

« Les parties extérieures forment quelquefois par la résistance qu'elles opposent au passage de l'enfant, un obstacle capable de retarder l'accouchement ; cela s'observe surtout dans les femmes fortes et musculeuses, dont les chairs sont fermes et compactes, surtout si elles sont déjà avancées en âge lorsqu'elles accouchent pour la première fois. » *Traité des Accouchements*, p. 122.)

Deux auteurs s'occupent plus spécialement du coccyx :

« Il est rare, dit Levret en 1761, que la première vertèbre d'un coccyx chez les femmes ait des apophyses obliques bien distinctes et il est fort commun que le coccyx des hommes à âge pareil ait des éminences très longues, aussi voit-on que le coccyx chez les femmes est ordinairement à tout âge plus mobile que celui des hommes de même âge. L'on trouvera quelquefois dans les femmes qui ont passé quarante ans, sans avoir fait d'enfants, la première vertèbre du coccyx soudée avec la dernière pièce de l'os sacrum ; cette soudure se fait par le moyen de l'ossification des ligaments qui retiennent ces deux os unis ensemble tant latéralement que postérieurement ; les autres pièces osseuses qui composent le coccyx se soudent aussi quelquefois dans un âge avancé, mais j'ai presque toujours observé que c'est la jonction de la première vertèbre avec la seconde vertèbre de cet os qui reste le plus longtemps mobile. »

M<sup>me</sup> Leboursieur du Coudray d'autre part, dit :

« Mais si l'accouchement n'était laborieux que par la disposition du coccyx qui se porterait trop en avant et que ce fût une femme d'un âge avancé qui accoucherait pour la première fois, les cartilages et ligaments qui permettent à cet os de se porter en arrière, lorsqu'il est comprimé par l'enfant, ne prêtant que difficilement, aussi remarque-t-on que ces femmes souffrent plus longtemps que les jeunes. Pour faciliter leur accouchement, on insinuera la main tout entière dans la partie, on la passera sous la tête de l'enfant, en appuyant un peu sur le coccyx pour le forcer à se porter en arrière, à mesure que l'enfant s'avancera, ce qui facilitera beaucoup la sortie. »

Mais parallèlement à la doctrine pessimiste se développe une autre doctrine qui refuse toute influence à l'âge sur l'accouchement.

En 1721, Capuron déclare : « Une remarque générale très importante pour la pratique, c'est que le col de la matrice se dilate plus lentement et rend le travail plus long dans un premier accouchement, surtout lorsque la femme a songé à laisser passer la première jeunesse sans songer à devenir mère. » (Courtade, p. 10.)

De la Motte est très affirmatif : « Les plus célèbres accoucheurs veulent insinuer que la difficulté et la longueur d'un premier accouchement viennent de ce que le passage n'est pas encore fait, mais il est constant par les remarques que j'ai faites sur toutes sortes de femmes, depuis les plus jeunes jusqu'aux plus

vieilles, qu'il en arrive tout autrement. » Et il cite trois observations de primipares de quarante-huit, cinquante, cinquante et un ans, qui accouchèrent en moins de deux heures. (Courtade, p. 10.)

M<sup>me</sup> de Lachapelle, dans sa *Pratique des Accouchements*, (1825) s'élève avec force contre l'opinion des anciens auteurs : « Il a de tout temps régné sur ce point une opinion que je ne puis partager. Tout le monde croit que la dilatation des passages est plus difficile chez les femmes avancées en âge. Il n'est pas un accoucheur qui ne redoute un premier accouchement chez une femme de trente à trente-cinq ans et quarante ans ; il n'est pas une femme de cet âge qui ne voit avec effroi arriver le moment de sa première couche. L'expérience m'a trop souvent prouvé la fausseté de ces préventions pour que je puisse les adopter. Sans doute on voit souvent le travail lent et pénible chez une femme âgée qui n'a point eu d'enfants, mais n'en est-il pas de même des plus jeunes. La proportion, j'ose l'assurer, est parfaitement égale. Si 4 sur 10 ont, parmi les jeunes primipares, un accouchement facile, 4 sur 10 parmi les plus âgées accouchent avec promptitude et facilité. »

Moreau, dans son *Traité des accouchements* (1838) est du même avis. Joubin également.

Mais la vieille doctrine reparaît avec Pajot, P. Dubois, Desormaux, tandis que d'autres, comme Cozzio soutiendront la non influence de l'âge, et que certains comme Roper, de la Royal Marternity

Charity, vont jusqu'à prétendre que l'amincissement des tissus qui survient vers quarante ans diminue la résistance, et qu'un premier accouchement après cet âge est en général plus facile que les autres.

« Un premier accouchement, disent P.. Dubois et Desormaux, est ordinairement plus long, et plus difficile que ceux qui suivent et d'autant plus que la femme est avancée en âge. »

Et Pajot disait : « Les anciens, qui croyaient que la soudure du coccyx était la cause des difficultés que l'on rencontre chez les primipares âgées, étaient dans l'erreur, ces difficultés dépendent de la période de dilatation qui est plus longue et de la résistance des parties molles ; il y a là, passez-moi l'expression, comme un raccourcissement général... Les difficultés ont été considérablement exagérées et, pour ma part, j'ai accouché plusieurs principares âgées, parmi lesquelles l'une n'avait pas moins de quarante-sept ans et cependant le travail s'est parfaitement passé. » (Courtade, p. 11.)

Stoltz insiste sur la résistance du périnée, spéciale chez les primipares âgées.

Coccio, dans sa thèse (1875), arrive à une conclusion très optimiste, après avoir cependant signalé de nombreux accidents fréquents et graves tant pour la mère que pour l'enfant : faiblesse et lenteur des contractions utérines, accidents de la délivrance, hémorragies ; pour l'enfant : bosse séro-sanguine, asphyxie ayant été jusqu'à la mort apparente et mort réelle.

Causes de ces accidents : rigidité anormale du col, de la vulve et du périnée.

Et pourtant il dit : « Il est utile, moral, que le médecin use de son influence pour encourager les alliances même tardives. En effet, la seule différence qui existe entre vieilles et jeunes consiste en la durée de la période de dilatation du col et la résistance un peu plus grande du périnée, mais il n'y a là qu'une différence de temps peu sensible et qui varie même suivant l'état général de la malade. »

Mais son maître Verrier, qui pourtant lui avait fourni le sujet, publie deux ans après, coup sur coup, 2 observations dont l'une avec résistance extraordinaire du col, mort de l'enfant, céphalotripsie après un travail de cinq jours, accidents graves, mort de la mère « ce qui semble devoir faire poser, dit-il, un formidable point d'interrogation aux conclusions peut-être un peu optimistes du Dr A. Cuccio. » (Courtade, p. 12.)

Dieterlen, dans sa thèse (1882), s'occupe en dehors de la mère de certains points relatifs aux enfants : plus grand nombre de garçons chez les primipares âgées, pas grande différence pour le poids et les dimensions en comparaison avec les primipares jeunes. Pour la mère, augmentation réelle de la durée de l'accouchement et notamment de la période d'expulsion après trente ans, durée qui doublerait même après quarante ans. Le médecin, dit-il, aura toujours de la peine à s'affranchir de certaines appréhensions, et avec bien plus de raison que pour

un accouchement d'une femme jeune, il devra s'attendre à de l'imprévu.

A l'étranger, la tendance générale est au pessimisme à quelques exceptions près.

Chez les Anglais peu de chose : Tuke mentionne la manie puerpérale chez les primipares de trente à quarante ans. Simpson indique l'influence de l'âge sur la rigidité du col et du périnée.

Neubeck en 1786 a vu chez une primipare âgée « la difficulté d'extension des cartilages du bassin » retarder l'accouchement.

Veit signale les affections puerpérales et les suites de couches pathologiques chez les primipares âgées (1817).

Elias Siebold a vu chez les primipares âgées « les parties génitales externes étroites et rigides opposer une grande résistance et provoquer de grandes douleurs ». Les primipares âgées sont exposées à des complications de la délivrance par insuffisance des contractions utérines. (Courtade, p. 13.)

Mœgle et Grenser insistent sur l'éclampsie et l'agglutination du col plus fréquentes.

Les travaux allemands sont alors très abondants :

Cohnstein en 1872 d'après 393 cas, conclut à : difficulté plus grande de l'accouchement chez les primipares âgées, plus grand nombre d'interventions, énorme mortalité des mères et des enfants, retard de la première conception par viciation du bassin, plus grand nombre de présentations vicieuses et influence

de l'âge sur le poids et volume de l'enfant qui augmente jusqu'à quarante ans environ.

Ahlfeld la même année examine 4.076 cas répartis sur quatorze années, en retient 102 de plus de trente-deux ans et signale à son tour la longueur du travail et la fréquence des interventions. Pourtant le pronostic lui semble moins grave que pour Cohnstein.

Lobbe, étudiant dans sa thèse de Marbourg, les poids et longueurs des enfants chez les primipares âgées conclut que :

1° Le poids va en augmentant avec l'âge de la mère jusque vingt-cinq ans ;

2° Si l'on compare les primipares aux multipares, il n'y a pas de différence notable et l'augmentation s'observe dans les deux cas. (Courtade, p. 15.)

Hecker en 1875 étudie 422 cas et y constate le retard et l'irrégularité de la menstruation ainsi que la fréquence des grossesses extra-utérines. Peu de différence pour le poids des enfants en comparaison avec les primipares jeunes.

Schramm la même année montre le plus grand nombre de garçons et Bidder, qui étudie la même question, insiste sur ce fait que, chez les primipares âgées, la primiparité n'a rien à voir avec le sexe de l'enfant, qui ne dépend que de l'âge.

En Italie, Mangiagalli étudie les cas de primipares âgées qui se sont présentées de 1871 à 1880 à la Maternité de Milan. Il constate l'ankylose du coccyx, et la rigidité des parties molles « hypothèse gratuite et *a priori* » et le développement considérable du fœtus ; il

conclut que si l'accouchement a été difficile, ce n'est pas causé par l'âge, mais par la mauvaise conformation de la femme ; elles ont hésité ou tardé à se marier, et jeunes leur accouchement eût été aussi difficile. Il trouve en effet 53 o/o de bassins viciés.

Rumpe s'élève contre l'auteur italien ; pour lui comme pour tous les auteurs allemands, la faiblesse des contractions utérines et la rigidité des parties molles rend le travail long et douloureux : augmentation du nombre des interventions et la morbidité pour les mères et les enfants.

Steinmann, étudiant 645 cas observés à la Maternité de Saint-Pétersbourg, fait remarquer la fréquence des grossesses gémellaires, donne une mortalité élevée pour la mère et une mortalité trois fois plus élevée chez les enfants.

En 1881, paraît en Allemagne l'important travail de Kleinwachter, intitulé *De l'influence de l'âge dans l'accouchement chez les primipares*. L'étude des primipares âgées, c'est-à-dire au-dessus de trente ans, qui sont au nombre de 108 dans son travail, le conduit aux conclusions suivantes : menstruation irrégulière, affections congénitales ou acquises rendant le coït difficile pour l'homme, augmentation de la durée de l'accouchement et surtout de la période d'expulsion qui de une heure trente-cinq monte à deux heures neuf, inertie utérine, d'où fréquentes interventions et hémorragies, mortalité plus élevée de la mère, et ces femmes présentent plus d'œdèmes, plus de fièvres puerpérales, etc. Les présentations

anormales sont plus fréquentes, les garçons plus nombreux, la mortalité des enfants plus grande.

La même année paraît en France la thèse très documentée de Courtade, à laquelle nous avons fait de fréquents emprunts jusqu'ici. Il arrive à ces conclusions : travail plus long chez les primipares âgées, sans aller si loin que les autres auteurs, faiblesse des contractions utérines, rigidité des parties molles et ankylose fréquente du coccyx, fréquentes interventions, mortalité et morbidité maternelles plus élevées et en parallèles avec l'âge. Pour l'enfant, présentations vicieuses plus rares, nulle influence sur le sexe ou le poids et mortalité élevée par suite de : intervention fréquente, durée du travail, fréquence de positions vicieuses, morbidité maternelle.

Les travaux vont alors s'accumuler.

Eckardt, en 1887, trouve chez les primipares âgées une grande proportion de bassins viciés, positions vicieuses et placenta prævia.

Barone, de Naples, déclare que chez les primipares de trente-deux ans, le travail est généralement plus long, mais quelquefois aussi normal.

Rawson pense que le travail long, en général, est dû à un défaut de rétropulsion du coccyx et cite une observation d'ankylose coccygienne chez une primipare de quarante-trois ans.

Cruzzi voit tout en noir : pour lui le travail est très difficile et il redoute les œdèmes, l'albuminurie, l'éclampsie.

Truzzi rencontre chez les primipares âgées la grossesse gémellaire et l'hydraminos, l'avortement, etc., et surtout la durée de l'accouchement considérablement augmentée.

Charles de Liège trouve la cause d'un travail lent dans la grande résistance des parties molles.

Doléris, en 1885, n'admet pas la rigidité des parties molles : « Le tissu, dit-il, reste anatomiquement semblable à lui-même, il n'est pas plus porté à se raidir chez une vieille primipare, que chez une jeune. »

Bouffe de Saint-Blaize, Wallich, Toledo (thèse 1890) repoussent la rigidité du col.

Varnier également, en 1888, dans un article intitulé : *Du Détroit inférieur musculaire dans le bassin obstétrical*. A propos du coccyx, il conclut que « la résistance du coccyx à la rétropulsion paraît être la cause principale et ordinaire du retardement de la sortie de l'œuf à terme et vivant ».

Son élève Dubé, dans sa thèse (1896), publie le résultat de ses recherches à Baudelocque et à Lari-boisière sur une période de treize années. Il conclut que toutes choses étant normales et égales, toutes les primipares se valent, quel que soit l'âge, aussi bien les jeunes — vingt ans au plus — que les âgées au-dessus de trente ans. La moyenne lui donne un peu plus de treize heures pour la dilatation et une heure à une heure quinze pour la période d'expulsion. Mais quand le travail est plus long, il l'est plus comparativement chez les primipares âgées que chez les

jeunes et cette augmentation de durée porte parallèlement sur les deux périodes de dilatation et d'expulsion. De même l'emploi du forceps a été comparative-ment plus fréquent chez les primipares âgées, 25 o/o chez les dernières au lieu de 1,6 o/o chez les jeunes. L'explication de ces faits ne se trouve ni dans le sexe (28 filles pour 27 garçons), ni dans un excédent de poids, (42 enfants n'atteignent pas 3.500 gr. et un seul atteint 4.000 gr.), ni dans l'ankylose du croupion, mais dans :

1° La coriacité plus grande des tissus (opinion de Pajot) ;

2° La fréquence de la dégénérescence myomateuse de l'utérus à partir de trente ans.

Pinard insiste sur ce point. Chez les primipares âgées, il a rencontré 4 o/o de cas de fibromes, jamais chez les autres.

D'après Dubé, la mortalité fœtale atteint 5 o/o chez les primipares âgées, au lieu de 1,32 chez les jeunes et 1,38 chez les moyennes.

Tarnier pense que l'opinion générale des accoucheurs tient au défaut de l'élasticité des parties molles et en particulier du périnée.

Budin déclare que la primipare âgée accouche comme une jeune, quelles que soient ses viciations pelviennes ou ses affections utérines.

Dans le *Journal des sages-femmes* (mars-avril 1900), il dit : « Il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'an-kylose du coccyx, qui n'a pas l'importance que les accoucheurs anciens ont voulu lui attribuer, mais

dans un certain nombre de cas, on observe l'inertie utérine dans une proportion plus considérable que chez les jeunes primipares. Souvent d'ailleurs le col s'efface lentement chez les primipares âgées, les parois vaginales et le périnée résistent assez souvent et il se produit des déchirures.

La même année Courgenou, dans sa thèse très optimiste, déclare qu'à toutes choses égales, les vieilles primipares accouchent comme les jeunes : « Le médecin, dit-il, consulté par une femme déjà âgée au sujet d'une grossesse, devra d'abord bien assurer son diagnostic ; en effet, ces femmes ayant désiré ardemment avoir un enfant, voyant arriver l'époque de la ménopause, se croient enceintes et l'on assiste aux phénomènes d'une grossesse nerveuse. D'autres fois encore, la femme n'a plus ses règles, elle se croit grosse et vient consulter. Ce n'est qu'une alerte, ses règles ne reviendront plus. Si enfin il y a grossesse, il faut rassurer la parturiente.

» Nous avons vu que l'on observait quelquefois l'inertie utérine, qu'il fallait de temps en temps terminer l'accouchement par l'application au forceps, mais que dans la plupart des cas, tout se passe bien pour la mère et pour l'enfant. »

En 1903, Lepage, à la suite de deux observations à Baudelocque de primipares âgées, signale que les fibromes ne sont pas toujours une cause de dystocie, ils se déplacent.

La même année, paraît la thèse de Boncourt, publiée sous les auspices de M. le D<sup>r</sup> Bonnaire et por-

tant une étude spéciale de la rétropulsion du coccyx. Nous y reviendrons en détail à propos de cet intéressant chapitre.

Enfin en 1908 paraît la thèse de Caillods. Rappelons deux observations d'ankylose coccygienne citées dans ce travail. Dans le premier cas, le coccyx pointait fortement ; aussitôt que l'on eut appuyé et qu'on l'eut repoussé, l'accouchement fut très facile. Dans un second cas, Lepage opérant devant ses élèves sentit nettement un craquement à un moment donné. L'accouchement fut ensuite plus facile. L'enfant ne lui présenta aucune explication de ce phénomène, mais le lendemain, la mère présentait une douleur localisée à la région coccygienne, augmentée par la pression du doigt et qui disparut quelques jours après.

Voici maintenant, schématisées, les conclusions de Caillods :

1° Complications légèrement plus fréquentes chez les primipares âgées que chez les autres. Chez les premières se rencontrent des fibromes, manifestation des modifications que fait subir l'âge au muscle utérin ;

2° Travail plus long chez les primipares âgées portant sur les périodes de dilatation et surtout d'expulsion ;

3° Cette longueur anormale semble avoir pour cause l'inertie utérine ; l'influence du coccyx est exceptionnelle ;

4° Les interventions sont plus fréquentes, le forceps surtout ;

5° Les déchirures du périnée sont plus fréquentes et plus sérieuses ;

6° Les délivrances artificielles sont plus nombreuses et les hémorragies de la délivrance plus fortes ;

7° Morbidité maternelle plus grande que chez les jeunes ;

8° Mortalité maternelle, rien de particulier ;

9° Morbidité des enfants plus grande chez les primipares âgées que chez les jeunes et plus grande chez les jeunes que chez les moyennes ;

10° Mortalité des enfants plus forte due :

1° A plus grande durée de l'accouchement et surtout de l'expulsion ;

2° A plus grande fréquence des interventions.

---



## LIMITE D'ÂGE

---

Que doit-on entendre par primipare âgée ? La plupart des auteurs considèrent comme telles les primipares ayant trente ans au moins. C'est l'avis de Cohnstein, Dieterlen, Hecker, Kleinwachter, Steinmann, Rumpe, Dube.

Ahlfeld calculant la vie génitale de la femme de quinze à cinquante ans, soit sur un espace de trente-cinq ans, assigne comme limite à la primipare âgée la moyenne de ces chiffres, soit trente-deux ans.

Mangiagalli considère une primipare comme âgée à partir de trente-cinq ans.

Enfin un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Coccio, Schramm, Bidder prennent comme limite d'âge vingt-huit ans. La raison en est donnée par le Dr J. de Sayre : « C'est à vingt-deux ans que survient en moyenne la première grossesse. Or nous pensons qu'un écart de six années, dans un sens comme dans l'autre, mérite le nom d'anomalie, et s'il est juste, ce qui ne fait de doute pour personne, de dire qu'une primipare est jeune à seize ans ( $22 - 6$ ) il nous paraît aussi rationnel d'appliquer l'épithète d'âgée à une primipare de vingt-huit ans ( $22 + 6$ ). (Courtade, p. 19.)

Comme Courtade, nous nous rallierons à cette

opinion et, considérant une primipare comme âgée à vingt-huit ans, nous les diviserons en trois catégories

- 1° Primipares de 28 à 30 ans
- 2° — de 30 à 35 ans
- 3° — de 35 ans et au-dessus.

cette division facilitant aux divers âges les rapprochements de notre statistique avec celles d'auteurs différents.

*Division du travail.* — Notre travail se divisera, suivant les principaux chapitres en :

- 1° Fréquence statistique de la primiparité tardive ;
- 2° Marche de l'accouchement ;
- 3° Complications fréquentes :
  - a) État général de la mère, plus sujette en raison de son âge, à des maladies acquises.
  - b) Le rôle des parties maternelles.
  - \*) Bassin (en appuyant particulièrement sur l'ankylose sacro-coccygienne et médio-coccygienne) ;
  - β) Utérus ;
  - γ) Lésions pelvi-génitales ;
  - 4° Pronostic pour la mère ;  
Morbidité ;  
Mortalité ;
  - 5° Le pronostic pour l'enfant ;
  - 6° Résultat de la statistique quant à l'influence de l'âge de la mère sur le sexe et le poids des enfants.

# FRÉQUENCE

Nos observations portent sur une statistique de huit années à la maternité de Lariboisière 190 à 1909 inclus. Le nombre d'accouchements de toutes sortes s'élève à 14.804 ; les primipares âgées de vingt-huit ans et au-dessus sont au nombre de 697 dont :

| Age        | Nombre | Age        | Nombre | Age        | Nombre |
|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| —          | —      | —          | —      | —          | —      |
| 28 ans.... | 166    | 34 ans.... | 30     | 40 ans.... | 11     |
| 29 —....   | 77     | 35 —....   | 22     | 41 —....   | 2      |
| 30 —....   | 125    | 36 —....   | 24     | 42 —....   | 3      |
| 31 —....   | 58     | 37 —....   | 20     | 43 —....   | 2      |
| 32 —....   | 77     | 38 —....   | 15     | 44 —....   | 3      |
| 33 —....   | 37     | 39 —....   | 14     | 46 —....   | 2      |
|            |        |            |        | 57 —....   | 1      |

La proportion des accouchements des primipares âgées par rapport au nombre total d'accouchements est dans notre statistique de 697 sur 14.804 soit 4,71 0/0.

En comparaison avec les auteurs, nous avons :

|                |          |
|----------------|----------|
| Rumpe.....     | 3,6 0/0  |
| Hecker .....   | 3,0 0/0  |
| Ahlfeld .....  | 1,65 0/0 |
| Rahsaan .....  | 3,79 0/0 |
| Steinmann..... | 2,2 0/0  |
| Courtade.....  | 5,08 0/0 |

Mais Steinmann, Rumpe, Hecker adoptent trente ans comme limite d'âge. Si, pour comparer nos résultats aux leurs, nous calculons nos primipares d'après trente ans, nous trouvons une proportion de 3,06 o/o, chiffre comparable à celui de Rumpe et surtout de Hecker, mais notablement supérieur à celui de Steinmann.

En comparaison avec Ahlfeld, c'est-à-dire après trente-deux ans, nous trouvons 1,83, c'est-à-dire un chiffre un peu plus supérieur.

En comparaison avec Courtade nous avons :

|                                     | Notre statistique | Courtade  |
|-------------------------------------|-------------------|-----------|
|                                     | —                 | —         |
| Primipares de 28 à 30 ans . . . . . | 52,65 o/o         | 45,20 o/o |
| — de 30 à 35 ans . . . . .          | 32,14 o/o         | 39,50 o/o |
| — de 35 ans et plus . . .           | 15,20 o/o         | 15,20 o/o |

Au-dessus de trente-cinq ans, les chiffres concordent absolument, mais à mesure que l'on se rapproche de vingt-huit ans, la différence s'accuse plus sensiblement par un chiffre plus élevé dans notre statistique.

---

## DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

---

Ahlfeld et Rumpe se basant sur quelques cas observés par eux, feraient présager que l'âge de la parturiente n'a rien à voir avec la durée de la grossesse. Tel n'est pas l'avis de tous les auteurs. Truzzi regarde l'avortement comme fréquent, Kleinwachter conclut que les primipares âgées sont exposées à l'accouchement prématuré spontané ; Courtade déclare : « Les accouchements avant terme s'observent aussi plus souvent » ; mais notre statistique va nous montrer une proportion bien plus considérable d'accouchements prématurés et surtout d'avortements.

Consultons en effet le tableau suivant :

| Accouchements<br>Primipares Agées | Accouchements<br>à terme | Accouchements<br>prématurés | 8 mois 1/2 | 8 mois | 7 mois 1/2 | 7 mois | 6 mois 1/2 | Avortements                            |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------|--------|------------|--------|------------|----------------------------------------|
| 697                               | 365                      | 230<br>dont                 | 95         | 69     | 22         | 28     | 10         | 94                                     |
|                                   |                          | spontanés                   | 5          | 5      | 1          | 1      | 1          | 1 accident<br>gravido-car-<br>diaque   |
|                                   |                          | provoqués                   |            |        |            |        |            | 1 grossesse<br>extra-utérine<br>opérée |

Établissant des moyennes, nous trouvons :

|                             |     |           |
|-----------------------------|-----|-----------|
| Accouchements à terme.....  | 365 | 52,97 o/o |
| — prématurés spontanés..... | 218 | 31,64 o/o |
| — prématurés provoqués..... | 12  | 1,74 o/o  |

Soit :

|                              |     |           |
|------------------------------|-----|-----------|
| Accouchement prématurés..... | 230 | 33,38 o/o |
| Avortements.....             | 94  | 13,64 o/o |

En comparaison, nous trouvons avec Courtade (1884) :

|                          | Notre statistique | Courtade           |
|--------------------------|-------------------|--------------------|
| Accouchements à termes.. | 52,97 o/o         | 81,30 o/o          |
| Accouchements spontanés  | 31,64 o/o         | 16,77 o/o          |
| Accouchements provoqués  | 1,74 o/o          | identique 1,58 o/o |
| Avortements.....         | 13,64 o/o         | 0,31 o/o           |

Comment expliquer que ces statistiques, si égales par certains points, en diffèrent tant par d'autres ? Au point de vue purement obstétrical, les chiffres

concordent absolument, puisque dans les deux cas on a dû intervenir comparativement autant, 1,74 o/o des cas d'accouchements prématurés provoqués contre 1,58 o/o. Mais l'avortement présente dans notre statistique une fréquence vraiment effroyable, 13,64 o/o des cas, tandis que Courtade n'a observé qu'un seul avortement sur 316 cas. Jacquemier assure que l'avortement est fréquent « aux âges crépusculaires ». Ne pourrait-on aller chercher une raison de cette fréquence dans les manœuvres abortives criminelles qui se répandent de jour en jour davantage et ne serait-il pas utile de faire appel à des mesures rigoureuses pour les combattre ?

Steinmann trouvant 17,4 o/o d'accouchements prématurés spontanés, les regardait comme fréquents; Courtade arrivait aux mêmes conclusions (16,77 o/o); notre statistique lui donne une fréquence encore plus considérable, près du double, 31,64 o/o.

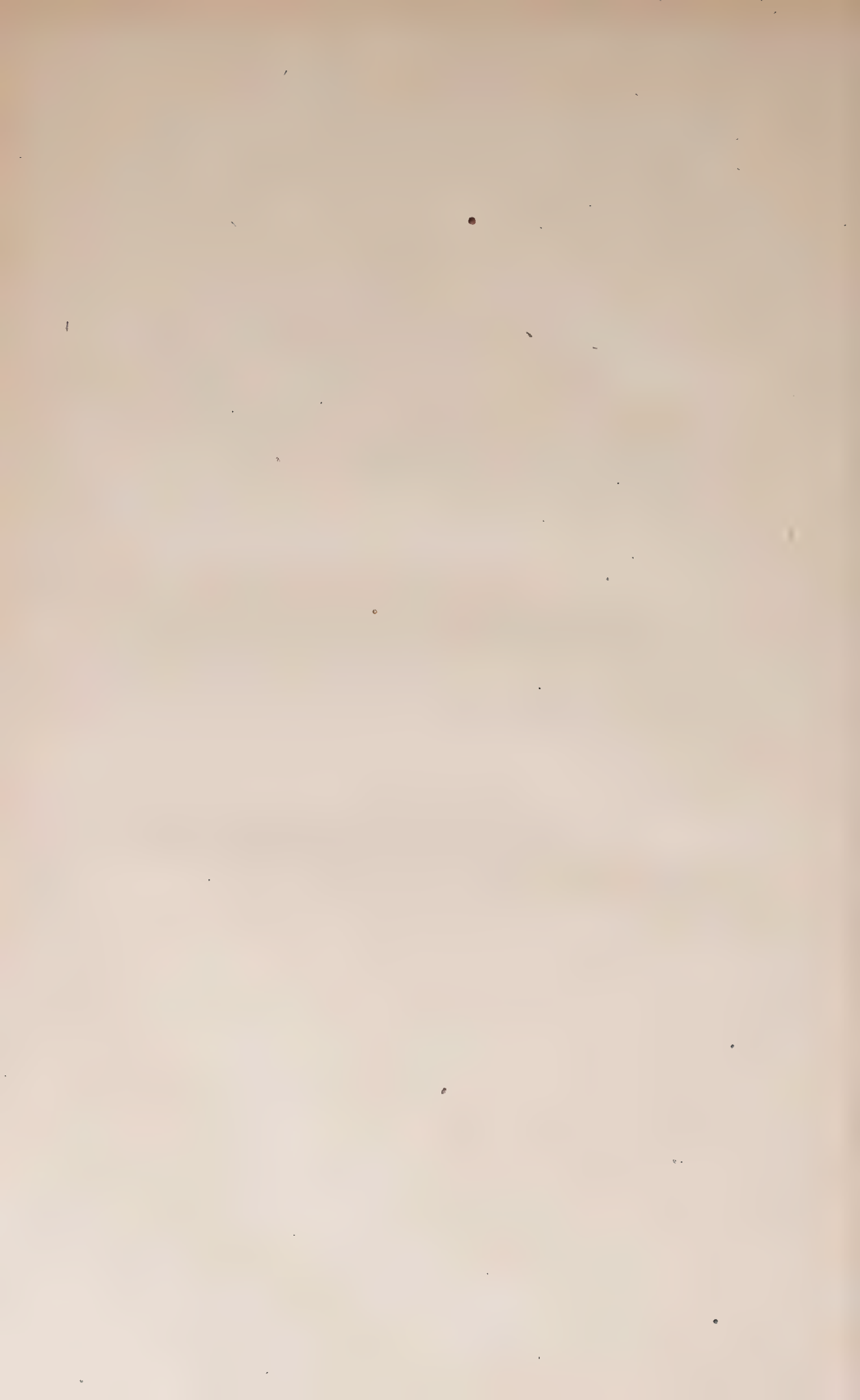
Sur les 122 cas, 56 c'est-à-dire la moitié relèvent d'une cause nettement déterminée; nous relevons en effet :

|                                         |        |
|-----------------------------------------|--------|
| Grossesse gémellaire.....               | 10 cas |
| Éclampsie.....                          | 5 —    |
| Albuminurie intense sans éclampsie..... | 28 —   |
| Hémorragies rétro-placentaires.....     | 5 —    |
| Syphilis nette.....                     | 8 —    |

Pour l'avortement 2 cas seuls sont pour nous nettement expliqués :

Un cas de grossesse extra-utérine, 3 mois.

Un cas d'avortement provoqué par accidents gravidocardiaques.



## DURÉE DU TRAVAIL

---

Ces auteurs se sont de tout temps partagés en deux camps sur cette question de la durée du travail chez les primipares âgées, et l'historique nous a montré que si quelques auteurs, à la suite de calculs sérieux, nient l'augmentation de la durée du travail, la plupart et surtout les auteurs étrangers, veulent trouver une augmentation énorme de cette durée.

Deux questions se posent et demandent à être résolues :

1° L'accouchement est-il plus long chez les primipares âgées ?

2° S'il l'est, quelles en sont les causes.

Pour répondre à ces questions, consultons notre statistique. De nos 697 cas, 142 cas doivent être exclus :

94 avortements.

6 césariennes.

5 accouchements en ville.

8 ?

1° Opérant sur 555 cas restants où la durée totale de l'accouchement a été notée, nous obtenons une moyenne de vingt heures quarante-six minutes ;

2° En opérant sur les seuls cas où chacune des deux périodes a été notée, soit 482 cas, nous obtenons comme moyenne.

|                                      | Nous     | (Courtade) |
|--------------------------------------|----------|------------|
|                                      | —        | —          |
| Durée de la période de dilatation... | 18 h. 59 | 18 h. 54   |
| — — — expulsion...                   | 1 h. 10  | 2 h. 9     |
| Durée totale.....                    | 20 h. 12 | 21 h. 3    |

3° En supprimant tous les cas où une intervention a été nécessaire :

|                                      | Nous     | (Courtade) |
|--------------------------------------|----------|------------|
|                                      | —        | —          |
| Durée de la période de dilatation... | 13 h. 39 | 14 h. 45   |
| — — — expulsion...                   | 1 h. 01  | 1 h. 38    |
| Durée totale.....                    | 14 h. 40 | 16 h. 33   |

4° En supprimant tous les cas où l'enfant n'était pas à terme et ne se présentait pas par le sommet :

|                                      | Nous     | (Courtade) |
|--------------------------------------|----------|------------|
|                                      | —        | —          |
| Durée de la période de dilatation... | 13 h. 47 | 14 h. 16   |
| — — — expulsion...                   | 0 h. 54  | 1 h. 33    |
| Durée totale.....                    | 14 h. 41 | 16 h.      |

5° Enfin, cas où le bassin est normal et l'enfant vivant.

|                                      | Nous     | (Courtade) |
|--------------------------------------|----------|------------|
| Durée de la période de dilatation... | 13 h. 40 | 16 h. 42   |
| — — — — — expulsion...               | 0 h. 41  | 2 h. 24    |
| Durée totale.....                    | 14 h. 21 | 19 h. 06   |

Quelle est aux divers âges la durée moyenne de chacune des deux périodes ?

Quelle a été sa durée totale ?

| Age des<br>Primipares | Durée totale<br>soit 555 cas | Durée totale<br>(cas où les<br>2 périodes<br>notées)<br>soit 482 cas | Dilatation<br>482 cas | Expulsion<br>482 cas |
|-----------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 28 ans...             | 18 h. 47'                    | 15 h. 37'                                                            | 14 h. 32'             | 1 h. 5'              |
| 29 ans...             | 15 30                        | 15 16                                                                | 13 51                 | 1 25                 |
| 30 ans...             | 16 4                         | 15 39                                                                | 14 52                 | — 48                 |
| 31 ans...             | 21 15                        | 17 27                                                                | 15 52                 | 1 32                 |
| 32 ans...             | 16 19                        | 16 18                                                                | 15 23                 | — 54                 |
| 33 ans...             | 19 41                        | 17 48                                                                | 16 34                 | 1 14                 |
| 34 ans...             | 15 9                         | 16 40                                                                | 15 35                 | 1 08                 |
| 35 ans...             | 26 48                        | 23 59                                                                | 22 39                 | 1 19                 |
| 36 ans...             | 19 41                        | 17 15                                                                | 15 35                 | 1 39                 |
| 37 ans...             | 22 6                         | 23 41                                                                | 22 41                 | 1 1                  |
| 38 ans...             | 36 56                        | 24 50                                                                | 23 29                 | 1 21                 |
| 39 ans...             | 14 5                         | 12 64                                                                | 11 29                 | 1 40                 |
| 40 ans...             | 21 50                        | 23 53                                                                | 22 52                 | 1 30                 |
| 41 ans...             | 11 55                        | 12 32                                                                | 9 52                  | 2 40                 |
| 42 ans...             | 17 53                        | 20 41                                                                | 20 3                  | — 37                 |
| 43 ans...             | 12                           | 12 —                                                                 | 11 30                 | — 30                 |
| 44 ans...             | 57 25                        | 66 —                                                                 | 63 55                 | 2 5                  |
| 46 ans...             | 14 52                        | 14 52                                                                | 14 30                 | — 22                 |
| 57 ans...             | 16 25                        | 16 25                                                                | 16 5                  | — 10                 |
|                       |                              |                                                                      |                       | (1 seul cas)         |
| Moyenne<br>totale...  | 20 h. 46'                    | 20 h. 12'                                                            | 18 h. 59'             | 1 h. 10'             |

Supprimant tous les cas où le forceps a été appliqué à dilatation complète.

| Age des Primipares | Dilatation | Expulsion | Durée totale |
|--------------------|------------|-----------|--------------|
| 28 ans...          | 15 h. 1'   | 13 h. 50' | 1 h. 11'     |
| 29 ans...          | 13 21      | 11 51     | 1 30         |
| 30 ans...          | 14 42      | 13 52     | — 50         |
| 31 ans...          | 17 27      | 15 52     | 1 32         |
| 32 ans...          | 13 55      | 12 59     | — 57         |
| 33 ans...          | 14 35      | 13 13     | 1 22         |
| 34 ans...          | 17 3       | 15 52     | 1 11         |
| 35 ans...          | 19 25      | 17 40     | 1 45         |
| 36 ans...          | 15 57      | 14 12     | 1 45         |
| 37 ans...          | 17 2       | 15 52     | 1 10         |
| 38 ans...          | 15 5       | 13 41     | 1 51         |
| 39 ans...          | 12 64      | 11 24     | 1 40         |
| 40 ans...          | 23 57      | 22 12     | 1 45         |
| 41 ans...          | 12 32      | 9 52      | 2 40         |
| 42 ans...          | 20 41      | 20 3      | — 37         |
| 43 ans...          | 12         | 11 30     | — 30         |
| 44 ans...          | 54         | 50        | 4            |
| (2 cas) 46 ans...  | 14 52      | 14 30     | — 22         |
| (1 cas) 57 ans...  | 16 15      | 16 5      | — 10         |
| Moyenne totale..   | 17 h. 56'  | 16 h. 31' | 1 h. 25'     |

Primipares groupées en trois catégories :

| Age des Primipares | Dilatation | Expulsion | Complète  |
|--------------------|------------|-----------|-----------|
| 28 à 30 ans...     | 13 h. 11'  | 1 h. 13'  | 14 h. 21' |
| 30 à 35 ans...     | 15 7       | 1 h. 21   | 16 29     |
| 35 et au-dessus.   | 18 5       | 1 29      | 19 35     |

A signaler le mouvement progressif de ces chiffres, confirmant l'opération de la généralité des auteurs.

La différence de nos chiffres avec ceux de Courtade et des autres auteurs est sensible, mais la pensée générale de la progression avec l'âge est la même.

Comparons notre statistique avec celle d'auteurs qui se sont occupés spécialement de cette question :

|                      | Totale   | Dilatation | Expulsion       |
|----------------------|----------|------------|-----------------|
| Dubé.....            | 14 h. 19 | 13 h. 19   | 1 h.            |
| Rumpe.....           | 15 h. 05 | 13 h. 10   | 1 h. 55         |
| Notre statistique... | 15 h. 27 | 14 h. 07   | 1 h. 20         |
| Krüger.....          | 16 h. 44 | 14 h. 14   | 2 h. 30         |
| Coccio.....          | 18       | ?          | ?               |
| Steinmann.....       | 18 h. 07 | ?          | ?               |
| Kleinwachter.....    | 20 h. 15 | 18 h. 06   | 2 h. 09         |
| Hecker.....          | 20 h. 31 | 18 h. 07   | 2 h. 24         |
| Winckel.....         | 20 h. 52 | 19 h. 17   | 1 h. 35         |
| Courtade.....        | 21 h. 03 | 18 h. 54   | 2 h. 09         |
| Seitz.....           | 23 h. 30 | ?          | 2 h. à 4 h. 1/2 |
| Schwing.....         | 23 h. 54 | ?          | ?               |
| Dieterlen.....       | 25 h.    | 22 h. 22   | 2 h. 38         |
| Ahlfeld.....         | 27 h. 06 | ?          | ?               |
| Moyenne générale.    | 20 h. 09 | 17 h. 03   | 2 h. 15         |

En général, les statistiques françaises sont moins élevées que les étrangères, ce qui tient peut-être, comme dit Depaul, à ce que les Françaises accouchent plus vite que les Anglaises et les Saxonnnes;

en tout cas, la tendance de toutes ces moyennes est de montrer l'augmentation de la durée moyenne de l'accouchement chez les primipares âgées. « Jusqu'à trente-cinq ans, dit Dieterlen, la durée totale du travail ne varie que très peu, elle reste de quinze à seize heures. A partir de trente-cinq ans elle augmente subitement, pour atteindre, chez les femmes très âgées, le chiffre de trente-trois heures. » (Courtade, p. 55.)

Ahlfeld, qui donne comme moyenne générale vingt heures chez les primipares, trouve vingt-sept heures chez les primipares âgées, c'est-à-dire au-dessus de trente-deux ans.

Kleinwachter pose comme moyenne générale du travail dix-huit heures quatorze minutes. Il trouve que :

|       |     |                      |          |
|-------|-----|----------------------|----------|
| 41,50 | o/o | de primipares jeunes |          |
| 15,30 | o/o | —                    | moyennes |
| 50    | o/o | —                    | âgées    |

accouchent après dix-neuf heures. Donc ce sont les primipares âgées qui présentent comparativement le plus de cas d'augmentation de durée du travail.

Sur quelle période du travail porte l'augmentation de durée.

Kleinwachter pense que c'est surtout sur la période de dilatation. Il donne en effet le tableau suivant :

|                                        |          |
|----------------------------------------|----------|
| Dilatation chez primipares jeunes..... | 16 h. 35 |
| — moyennes...                          | 17 h. 04 |
| — âgées .....                          | 20 h. 15 |

Donc, pour lui, la dilatation est de plus en plus lente, suivant que la primipare est plus avancée en âge et surtout pour les primipares âgées, puisqu'il trouve trois heures onze minutes de différence entre les primipares d'âge moyen et les primipares âgées.

Il est vrai que Courtade s'appuie sur les tableaux suivants pour conclure que la longueur de l'accouchement repose aussi sur la période d'expulsion :

| Kleinwachter<br>Primipares |         | Courtade                          |
|----------------------------|---------|-----------------------------------|
| Expul. jeunes....          | 1 h. 35 | Expul. au-dess. de 30 ans. 2 h. 2 |
| — moyennes. 1 h. 46        | —       | 30 à 35 ans. 2 h. 9               |
| — âgées..... 2 h. 09       | —       | 35 et au-dessus. 2 h.             |

Dubé donne à l'âge peu d'influence sur la durée de l'accouchement. Il donne les tableaux suivants :

|                       | Dilatation | Expulsion | Total    |
|-----------------------|------------|-----------|----------|
| Primipares jeunes.... | 13 h. 05   | 1 h. 15   | 14 h. 20 |
| — moyennes.           | 13 h. 28   | 1 h.      | 14 h. 28 |
| — âgées ....          | 13 h. 19   | 1 h.      | 14 h. 19 |

C'est la moyenne la moins élevée de notre statistique comparée. Quel que soit l'âge, 60 o/o des femmes accouchent dans les treize premières heures d'après Dubé.

De même :

|                                                            |   |   |
|------------------------------------------------------------|---|---|
| 66,7 o/o de jeunes accouchent après une heure d'expulsion. |   |   |
| 66,8 o/o de moyennes                                       | — | — |
| 50 o/o d'âgées                                             | — | — |

Déjà là se trouve une tendance chez Dubé à donner la période d'expulsion comme plus longue en proportion chez les âgées, mais il convient aussi que quand cette période d'expulsion est plus longue, le plus grand nombre de cas en est chez les primipares âgées. Ainsi :

|                                                              |   |   |
|--------------------------------------------------------------|---|---|
| 5,2 o/o de jeunes accouchent après trois heures d'expulsion. |   |   |
| 4,3 o/o de moyennes                                          | — | — |
| 14,5 o/o d'âgées                                             | — | — |

Pour lui, l'augmentation de durée porte sur les deux périodes du travail en proportions égales.

Mais en 1909, paraît en Allemagne un article de L. Seitz intitulé : *Dystocie des parties molles*, qui montre que les accoucheurs actuels, comme les anciens, portent sur la longueur de l'accouchement un mauvais pronostic : « Afin que mes résultats, dit-il, soient aussi fondés que possible, je prends intentionnellement comme base de ma statistique, les éléments qui me sont fournis par la Clinique des femmes de Munich, pendant ces derniers vingt-cinq ans, c'est-à-dire que j'emploie les mêmes éléments que ceux d'après lesquels sont établies nos autres statistiques. Les résultats concordent d'ailleurs avec ceux des autres auteurs. D'après Rashaan, dont le

travail doit paraître prochainement, parmi les 26.448 accouchées de la Clinique des femmes, on compterait 3,79 o/o de primipares âgées de plus de vingt-huit ans. Les femmes sont classées en trois groupes. Ainsi donc, si à ces différents âges correspondent des différences de degré dans la difficulté de l'accouchement, ces différences seront nettement mises en lumière par cette classification :

| Age              | Durée totale | Expulsion |
|------------------|--------------|-----------|
| 28 à 30 ans..... | 20 h. 3/4    | 2         |
| 31 à 35 ans..... | 26 h. 1/2    | 3 h. 1/4  |
| 35 à 44 ans..... | 28 h. 1/2    | 4 h. 1/2  |

Nous voyons que la durée totale de l'accouchement augmente proportionnellement avec l'âge et monte de vingt heures trois quarts à vingt-huit heures et demi, et que la durée du deuxième temps seul s'élève de deux heures et quatre heures et demi.

Ce fait ne peut être expliqué que par une résistance une opposition plus grande des parties molles (*Archives de Gynécologie*, 1909, t. XC, p. 12).

Nous verrons plus tard quelles conséquences Seitz tire de ces faits sur l'état de la mère et celui de l'enfant.

#### CAUSES DE LA LENTEUR DU TRAVAIL

Ce retard du travail étant accepté, quelles sont les causes qui peuvent intervenir sur la marche de

l'accouchement et le rendre plus lent ? Ces causes sont au nombre de trois principales :

1° La faiblesse des contractions utérines ;

2° La rigidité des parties molles ;

3° L'ankylose du coccyx.

1° *Faiblesse des contractions utérines.* — Cette cause a été de tous temps acceptée en première ligne par les auteurs, Kleinwachter l'a observée dans 8,92 o/o des cas, Steinmann dans 11,30 o/o ; Courtaud ne prenant que les cas où elle a nécessité l'intervention, l'a vue dans 8,54 o/o.

Or, cette faiblesse a lieu dans les deux périodes du travail, surtout pendant la période de dilatation.

Rumpe en signalant le fait, déclare que c'est surtout *au début* de la dilatation qu'il les a vues très faibles.

Dans notre statistique, sur 23 cas de dilatation bimanuelle, 11 cas étaient dus à la faiblesse des contractions utérines ; sur 23 cas de pose de l'écarteur Tarnier, 16 cas étaient dus à la même cause.

Sur 555 primipares âgées, l'intervention a été nécessaire chez 22 femmes à la période de dilatation pour cause d'inertie utérine. C'est là une proportion de 3,60 o/o. Ces 22 cas se décomposent en :

11 cas de dilatation bimanuelle ;

16 cas d'écarteur.

soit 27 interventions ; mais chez 5 de ces primipares âgées, la pose de l'écarteur avait été précédée de bimanuelle.

Voilà pour la période de dilatation ; à celle d'expulsion, d'autres chiffres nous sont réservés par la statistique :

Sur 95 cas de forceps, 56 cas sont dus à la faiblesse des contractions utérines, soit un rapport de 56,81 o/o.

Sur 555 accouchements, 56 se sont terminés par un forceps pour cause d'inertie utérine, d'où une proportion de 10,008 o/o.

En dehors de l'âge, d'autres causes interviennent pour expliquer l'inertie utérine.

En premier lieu, la distension exagérée de l'utérus et là prennent place les grossesses multiples et les tumeurs, en particulier les fibromes utérins.

Certains auteurs, comme Kleinwachter, regardent la grossesse gémellaire comme assez fréquente chez les primipares âgées; ils trouvent au-dessus de vingt-neuf ans jusqu'à 0,92 o/o des cas. Cohnstein et Steinmann arrivent à un chiffre beaucoup plus élevé : 4,32 et 4,50 o/o des cas ; Rumpe, 1 o/o des cas, Courtade, 2,21 o/o ; pour nous, sur 555 accouchements, nous l'avons observée 10 fois, soit une proportion de 1,80 o/o.

Dubé, dans sa thèse, donne la dégénérescence myomateuse comme une cause du retard de l'accouchement. Pinard l'avait observée dans 4 o/o des cas. Le danger, d'après lui, c'est l'erreur de diagnostic. « La femme, dit-il, raconte des choses naturelles. On palpe, on trouve des petits fibromes que l'on prend pour des parties fœtales ou un fibrome assez volumi-

neux que l'on prend pour une tête et l'on fait le diagnostic de grossesse gémellaire. » Parfois on prend un fibrome pour une tumeur annexielle, on intervient et on trouve une grossesse évoluant dans un utérus fibromateux, on peut même attendre l'expulsion d'un fœtus imaginaire. M. Pinard croit voir la cause de ces fibromes fréquents dans l'inactivité fonctionnelle de l'organe.

Bigès, dans sa thèse, donne à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Les fibromes de l'utérus sont fréquents chez les primipares âgées, 11,9 0/0 ;

2° Les enfants des primipares âgées, qui se développent dans des utérus fibromateux, ont un poids moyen inférieur à celui des enfants qui se sont développés dans des utérus en apparence sains ;

3° La durée du travail chez les primipares âgées est augmentée par la présence des fibromes ;

4° Les fibromes sont assez souvent causes d'interventions ;

5° Chez toute femme âgée de trente ans et plus, en travail pour la première fois, le médecin ou la sage-femme doivent toujours penser au fibrome.

Dans notre statistique, nous l'avons rencontré 8 fois, c'est-à-dire dans 1,40 0/0 des cas.

2° *Les rigidités des parties molles.*—Dans certains cas, cette « rigidité » ou résistance des parties molles peut être confondue avec une insuffisance contractile de l'utérus ; mais dans la plupart des cas, l'utérus se contracte normalement et pourtant rien

n'avance ; les parties molles résistent et s'opposent à la sortie de l'enfant.

Cette rigidité a été admise par tous les anciens auteurs. Dionis en particulier, Puzos se rallie à Mauriceau et fait jouer un rôle prépondérant à la résistance des parties extérieures : « Leur peau sèche et dure se déchire plutôt que de s'étendre. »

Pajot déclare qu'il y a là comme un raccourcissement général. Rumpe y insiste beaucoup et dit : « La rigidité des parties molles a été signalée dans presque tous les cas. Dans la plupart, elle était telle que, pendant la grossesse, il a été impossible de mesurer le diamètre conjugué diagonal ; et pendant l'accouchement, les rebords de l'orifice étaient distendus au point que la dilatation ne s'est faite qu'avec une grande lenteur. » (Courtade, p. 60).

« S'il est un tissu, dit à son tour Dieterlen, dont on puisse dire que l'âge le racornit, le rend dur et coriace, c'est bien la peau ; or, chez les femmes âgées, qui sont enceintes pour la première fois, on doit s'attendre à tous les obstacles que peut susciter à l'expulsion du fœtus un périnée qui n'a pas été distendu à l'âge propice et que le nombre des ans a rendu dur et inextensible. » (Courtade, p. 60.)

M. Doléris nie cette résistance des parties molles : « Le tissu reste identique à lui-même... et il n'est pas plus porté à se raidir contre les efforts normaux chez une vieille primipare que chez une jeune. » Tarnier, Pinard, partagent cette opinion, Toledo également.

Dans notre statistique, nous relevons 8 cas d'accidents dystociques dus à cette seule cause :

Quatre cas de forceps chez des primipares de vingt-huit, trente et un, trente-deux et trente-huit ans ;

Un cas de cranioclasie sur un enfant mort, avec un bassin justo minor chez une femme de trente ans ;

Un cas de rigidité anatomique avec bassin justo minor. (Écarteur. Bimanuel. Forceps) ;

Un cas de rigidité et œdème du col où l'on dut intervenir par une dilatation bimanuelle et forceps, les bruits du cœur du fœtus se modifiant.

*Déchirure du périnée.* — A cette notion de rigidité des parties molles, se rattache le corollaire des déchirures du périnée.

Là, deux facteurs sont en cause, l'âge est la primiparité. Que disent certains auteurs :

|                                |         |          |
|--------------------------------|---------|----------|
| Steinmann donne une moyenne de | 21 à 24 | o/o      |
| Liebmann                       | —       | 53,8 o/o |
| Fasbender                      | —       | 50 o/o   |
| Kleinwachter                   | —       | 30 o/o   |

Et Courtade, s'appuyant sur ces auteurs, en conclut que « la fréquence des déchirures du périnée augmente avec l'âge ». Or, voyons notre statistique. Négligeant les petites déchirures de la fourchette et de la vulve nous y trouvons :

Cinquante-quatre cas ayant nécessité une périnéorraphie.

Dans 8 cas même, la déchirure était tellement imminente, qu'une épisiotomie a été faite pour éviter

que la déchirure n'intéresse l'anus et les sphincters.

Soit en vérité 54, cas ce qui donne une proportion de 9,73 o/o ; proportion faible par rapport aux résultats des auteurs qui varient de 21,8 à 53,8 o/o.

Si nous divisons nos primipares en trois catégories, nous trouvons un rapport :

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| De 28 à 30 ans.....             | 40,7 o/o  |
| 30 à 35 ans.....                | 31,48 o/o |
| Au-dessus de trente-cinq ans... | 27,77 o/o |

Résultat qui ne semble pas du tout confirmer l'opinion émise que les déchirures augmentent avec l'âge.

*Ankylose du coccyx.* — Rien mieux que cette situation ne fera mieux comprendre l'importance de l'ankylose coccygienne : « Le coccyx, dit Sennert », non seulement cause la difficulté de l'accouchement quand ses ligaments sont trop raides, mais la mort de la mère et de l'enfant. » (Courtade, p. 61.)

Cette question si intéressante a été bien étudiée dans la thèse de Boncourt (1904), et nous en tirerons les détails.

Mauriceau avait dit en 1742 «... et outre cela, les vieilles ont l'articulation du coccyx ou croupion plus ferme, ce qui fait qu'il ne cède pas à la sortie de l'enfant, tandis que les jeunes ont cette partie encore cartilagineuse. » Deventer, Levret sont de cet avis.

Mais Coccio, dans sa thèse de Paris, s'élève avec ardeur contre cette opinion : « La science.

dit-il, a depuis longtemps fait justice de cette opinion. Le passage de la tête, et a *fortiori* l'application du forceps suffit pour rompre cette ankylose, étant admis qu'elle existe, ce qui n'est pas démontré... On sait aussi que le moyen proposé par Deventer, d'introduire le pouce à travers la vulve sur la région précoccygienne pour repousser le coccyx en arrière et rompre ainsi l'ankylose, ne lui réussissait que parce que ce moyen provoquait, en raison de la pression sur le plexus sacré, des contractions utérines par action réflexe, lesquelles, ravivant le travail ralenti, hâtaient le complet engagement et la sortie de la tête du fœtus. »

Mais Charpentier, venu ensuite, rendait à cette question son importance et en citait un exemple très net, observé chez une primipare de trente-six ans.

M. le Dr Bonnaire signale qu'il faut explorer non seulement l'articulation sacro-coccygienne, mais aussi la médio-coccygienne qui a son importance.

*Moyen de rechercher l'ankylose.* — La vessie et le rectum étant vidés et la femme mise dans le décubitus latéral, les deux mains sont nécessaires.

L'index de la main droite fait le toucher, suit le vagin d'avant en arrière et cherche à mobiliser l'extrémité inférieure du coccyx ; le pouce de l'autre main, libre et appliqué à travers les téguments sur l'un des interlignes articulaires, exerce à ce niveau une contre-pression qui lui permet d'apprécier le degré de mobilité des articulations.

Le meilleur point de repère est le dernier tubercule de la crête sacrée; à trois travers de doigt en dessous est le *médio-coccyx*; on fait jouer d'avant en arrière l'articulation pour voir la mobilité et se rendre compte du degré de laxité; on donne ainsi à l'articulation un mouvement de pédale, d'où le nom de « procédé de la pédale coccygienne de M. le Dr Bonnaire ». Pendant l'application, le pouce gauche est en rapport à l'extérieur avec les deux premiers segments coccygiens.

Beaucoup se sont demandés si l'on n'exagérât pas l'importance donnée à la mobilisation coccygienne: « La tête, dit M. Bonnaire, telle un béliet, donne l'assaut à la porte périnéale. » La force est représentée par la contraction utérine, la résistance par le coccyx et le périnée qui normalement doivent céder. S'ils résistent, soit par ankylose du coccyx, soit par rigidité des parties molles, la tête ne peut s'engager dans le canal mou, le forceps est de rigueur.

Là encore une question est à expérimenter. Il s'agirait d'un groupe de faits cliniques à enregistrer pour en tirer une conclusion: *le ramollissement gravidique portant (l'expérience l'a prouvé) sur tous les tissus, exerce-t-il un contre-effet à l'ankylose de coccyx*. C'est ce que nous nous demanderons après examen d'une parturiente de quatre mois, primipare de trente-cinq ans, portant une ankylose sacro-coccygienne et une ankylose médio-coccygienne fixes.

Le sacro-coccyx et le médio-coccyx seront-ils mobiles à neuf mois de grossesse ?

L'âge moyen qui répond à l'ankylose de la pédale coccygienne est extrêmement variable : nous retrouvons dans notre statistique des cas de soudure complète sacro et médio-coccygienne à vingt-huit ans.

D'autres beaucoup plus tardifs, puisque se trouve signalée la mobilité sacro et médio-coccygienne à trente-huit, quarante et quarante et un et même cinquante-sept ans !

Souvent aussi on retrouve une ankylose du sacro-coccyx en même temps qu'une mobilité très nette du médio-coccyx.

Nous regrettons que cette mobilité toujours recherchée à la maternité de Lariboisière n'ait pas été signalée d'une façon assez régulière dans la statistique, pour que nous puissions donner par des chiffres un résultat nettement concluant.

Mais des cas notés (.4) résulte que l'ankylose du coccyx, quoique jouant parfois un rôle sérieux au moment de la période d'expulsion, n'exige pas nécessairement une intervention.

Souvent cependant, après une période de dilatation lente et laborieuse, l'utérus fatigué ne jouit plus d'une puissance contractile assez énergique pour lutter contre l'action de ce nouveau facteur retardant l'accouchement. La période d'expulsion s'éternise, survient l'inertie parfois la souffrance de l'enfant ; les bruits du cœur se modifient, le forceps est de rigueur.

## DELIVRANCE

Rumpe déclare que la délivrance retarde chez les primipares âgées, l'ayant constatée 10 fois sur 100. Hecker, Aschenborn remarquent une prédisposition spéciale aux adhérences du placenta, Cohnstein insiste sur la fréquence de la rétention placentaire, Krüger en a noté 4 cas ; Coccio signale l'inertie consécutive, les hémorragies post-puerpérales et les complications de la délivrance (adhérences, enchâtonnement). (Courtade, p. 63.) Elias Siebold signale les complications de la délivrance.

Courtade, qui adopte les conclusions de Rumpe, a noté 4,43 o/o de cas de délivrance artificielle et 2,84 o/o d'hémorragies post-puerpérales, Cohnstein note près de 9 o/o des cas d'hémorragies post-puerpérales, Caillods, dans ces conclusions, déclare les délivrances artificielles et les hémorragies post-puerpérales plus fréquentes chez les primipares âgées.

Voyons maintenant notre statistique.

Sur les 155 cas d'accouchement, nous trouvons 49 cas de délivrances artificielles, dont :

|                                        |        |
|----------------------------------------|--------|
| Placenta prævia. . . . .               | 1 cas  |
| Inertie utérine simple . . . . .       | 1 cas  |
| Inertie et hémorragies. . . . .        | 16 cas |
| Enchâtonnement . . . . .               | 2 cas  |
| Adhérences anormales . . . . .         | 2 cas  |
| Immédiates après accouchement. . . . . | 16 cas |

Ces dernières sont habituelles dans les cliniques, dans tous les cas où l'infection est à craindre.

Ces 49 cas donnent une proportion de 8,82 o/o, En retirant les cas de délivrance immédiate après l'accouchement, il nous reste  $49 - 16 = 32$  cas ; ce qui laisse une proportion de 6,12 o/o.

Si nous comparons les divers âges, nous trouvons :

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| De 28 à 30 ans. . . . . | 18 cas = 3,24 o/o |
| 30 à 35 ans. . . . .    | 13 cas = 2,31 o/o |
| 35 et au-dessus. . . .  | 18 cas = 3,24 o/o |

Pour les hémorragies post partum, nous avons :  
1 cas une heure après la délivrance (ergotine, injection utérine ;

1 cas d'hémorragie au douzième jour, rétention d'un cotylédon placentaire ;

1 cas d'hémorragie grave dans un accouchement à terme non délivré, hémorragie le troisième jour :

Nous avons, en plus : 26 cas de délivrance après une heure et demie de retard, soit 4,68 o/o.

1 cas de rétention des membranes.

---

## INTERVENTIONS

---

Sur nos 555 primipares âgées, 139 ont dû subir une intervention; mais comme quelquefois plusieurs interventions ont été nécessaires chez la même femme, nous trouvons 190 interventions pour 139 femmes :

|                               |          |                     |
|-------------------------------|----------|---------------------|
| Accouchements provoqués. . .  | 12 cas = | 2,16 o/o            |
| Césariennes . . . . .         | 7 cas =  | 1,26 o/o            |
| Versions. . . . .             | 8 cas =  | 1,44 o/o            |
| Extracteur. . . . .           | 1 cas =  | 0,18 o/o            |
| Bases de Colpeurynter Braun.. | 2 cas    | } 49 cas : 8,64 o/o |
| Bases d'Ecarteur Tarnier..... | 21 cas   |                     |
| Dilatation bi-manuelle.....   | 25 cas   |                     |
| Massage excentrique.....      | 1 cas    |                     |
| Basitripsies . . . . .        | 12 cas   | } 18 cas : 3,24 o/o |
| Cranioclasies.....            | 5 cas    |                     |
| Embryotomie . . . . .         | 1 cas    |                     |
| Forceps.....c.....            | 95 cas : | 17,11 o/o.          |

Soit 34,22 o/o d'interventions et sur ces 139 interventions 35 ont eu lieu avec bassin vicié.

De plus chez 30 femmes, plusieurs interventions ont été appliquées :

|                                                        |                    |          |
|--------------------------------------------------------|--------------------|----------|
| 1° Écarteur. Dilatation bimanuelle. Basiotripsie (bas- |                    |          |
| sin vicié).                                            | 3 cas              |          |
| 2° Dilatation bi-manuelle et forceps (Eclampsie)       | 1 cas              | } 11 cas |
| — (Inertie)                                            | 4 cas              |          |
| — (Bassin vicié)                                       | 1 cas              |          |
| — (Rigidité, œdème du col)                             | 1 cas              |          |
| — (Bruits du cœur modifiés)                            | 3 cas              |          |
| — (Accidents gravo-cardiaques)                         | 1 cas              |          |
| 3° Écarteur et cranioclasie                            | } (Bassins viciés) | 2 cas    |
| — et basiotripsie                                      |                    |          |
| 4° Écarteur et forceps : Eclampsie                     | 1 cas              | } 4 cas  |
| — Inertie utérine                                      | 2 cas              |          |
| — Bruits du cœur modifiés                              | 1 cas              |          |
| 5° Écarteur. Dilat. bi-manuelle. Forceps (Bas-         |                    | } 2 cas  |
| sin vicié)                                             | 1 cas              |          |
| — Massage ex-                                          |                    |          |
| centrique.                                             |                    |          |
| — Sans massage. (Face)                                 | 1 cas              |          |
| Écarteur. Dilatation bimanuelle. Embryotomie           |                    |          |
| (Épaule et hémorragie rétro-placentaire).              | 1 cas              |          |
| 6° Accouchement provoqué par :                         |                    |          |
| Ballon. Écarteur. Dilatation bimanuelle. Forceps.      | 1 cas              |          |
| Ballon. Écarteur. Colpeurynter.                        | 1 cas              |          |
| Ballon. Écarteur. Colpeurynter. Dilatation bima-       |                    |          |
| nuelle.                                                | 1 cas              |          |

|                                                                                 |        |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 7° Dilatation bimanuelle. Version (Épaule et placenta prævia). . . . .          | 11 cas |
| 8° Dilatation bimanuelle. Cranioclasie (bassin vicié et hydrocéphalie). . . . . | 1 cas  |
| 9° Forceps. Basiotripsie (bassin vicié). . . . .                                | 1 cas  |

Si nous faisons le détail des forceps, accouchements provoqués et extractions, nous avons :

*Forceps :*

|                                                      |        |
|------------------------------------------------------|--------|
| Pour : insuffisance des contractions. . . . .        | 56 cas |
| Défaut de rotation en O, I. D. P. . . . .            | 4 cas  |
| Tête mal fléchie. . . . .                            | 2 cas  |
| Éclampsie. . . . .                                   | 2 cas  |
| Bruits du cœur modifiés. . . . .                     | 12 cas |
| Bassin vicié (forceps au détroit supérieur). . . . . | 9 cas  |
| Rétrécissement mitral. . . . .                       | 1 cas  |
| Accidents gravido-cardiaques. . . . .                | 2 cas  |
| Bacillose. . . . .                                   | 1 cas  |
| Hydrocéphalie. . . . .                               | 1 cas  |
| Parties molles trop rigides . . . . .                | 4 cas  |
| Anklose coccygienne. . . . .                         | 1 cas  |
| Total. . . . .                                       | 95 cas |

*Accouchements provoqués :*

|                                                      |        |
|------------------------------------------------------|--------|
| Pour : bassins viciés à huit mois et demi. . . . .   | 5 cas  |
| — à huit mois. . . . .                               | 5 cas  |
| Albuminurie persistante à sept mois et demi. . . . . | 1 cas  |
| Accidents gravido-cardiaques à sept mois. . . . .    | 1 cas  |
| — à six mois et demi. . . . .                        | 1 cas  |
| Total . . . . .                                      | 13 cas |

*Extraction :*

|                                                  |       |         |
|--------------------------------------------------|-------|---------|
| Pour : siège, enfant mort. Cranioclasie. . . . . | 1 cas |         |
| Bassins viciés. . . . . Césarienne               | 5 cas | } 7 cas |
| Oblitération de l'ostium cervical . . . . . id.  | 1 cas |         |
| Accidents gravido cardiaques. . . . . id.        | 1 cas |         |
| Total. . . . .                                   | 8 cas |         |

*Versions :*

|                                               |       |         |
|-----------------------------------------------|-------|---------|
| Pour : Épaule. . . . .                        | 5 cas | } 8 cas |
| Placenta prævia . . . . .                     | 1 cas |         |
| Bassin vicié. . . . .                         | 1 cas |         |
| Bassin vicié et procidence du cordon. . . . . | 1 cas |         |

Si, nous plaçant à un autre point de vue, nous considérons les cas où seules l'inertie utérine et la rigidité des parties molles ont été en jeu, nous avons :

|                                       |                   |        |                                                           |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------|
| Forceps                               | Inertie. . . . .  | 56 cas | } 68 interventions<br>chez 66 femmes<br>c-à-dire 10.790/0 |
|                                       | Rigidité. . . . . | 4 cas  |                                                           |
| Forceps et dilat. bimanuelle. . . . . | 4 cas             |        |                                                           |
| Écarteur et forceps . . . . .         | 2 cas             |        |                                                           |

Si maintenant nous calculons ces interventions par rapport à l'âge des parturientes, nous avons :

| Age des primipares | Forceps             | Interventions en bloc |
|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Moins de 30 ans    | 32 c.à.d. 10,95 0/0 | 59 c.à.d. 20,19 0/0   |
| De 30 à 35 ans     | 31 — 10,61 0/0      | 65 — 22,25 0/0        |
| 35 ans et au-des.  | 33 — 11,29 0/0      | 66 — 22,59 0/0        |
| Primipares âgées   | 95 — 17,11 0/0      | 190 — 34,21 0/0       |

La plupart des auteurs signalent une augmentation quelquefois très sensible du nombre des interventions chez les primipares âgées. Rumpe, Cohnstein, Caillods sont de cet avis. Dubé déclare que quand le forceps est nécessaire pour terminer l'accouchement, il l'est bien plus comparativement chez les primipares âgées. Courtade signale « le résultat bizarre » de Kleinwachter qui, tout en regardant les opérations obstétricales en bloc comme peu fréquentes chez les primipares âgées, déclare que plus une primipare est vieille, plus le forceps devient rare ; Courtade, au contraire, déclare que le nombre des cas augmente avec l'âge. Courgenou pense que si, quelquefois, le forceps est nécessaire, il n'y a là rien d'alarmant.

Si nous mettons notre statistique en rapport avec celle de quelques auteurs, nous aurons (tableau de Courtade), pour les interventions en bloc :

|                            |       |     |
|----------------------------|-------|-----|
| Krüger a une proportion de | 7,6   | o/o |
| Feuzler —                  | 8,2   | o/o |
| Kleinwachter —             | 9,25  | o/o |
| Winckel —                  | 9,7   | o/o |
| Hecker —                   | 19,2  | o/o |
| Courtade —                 | 21,83 | o/o |
| Mangiagalli —              | 28,82 | o/o |
| Rumpe —                    | 34    | o/o |
| Notre statistique —        | 34,21 | o/o |
| Ahlfeld —                  | 68    | o/o |
| Cohnstein —                | 73    | o/o |

En comparant les cas où seul le forceps a été en jeu, nous avons (normale 3,4 o/o d'après Steinmann) :

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| Kleinwachter . . . . .      | 3,70 o/o  |
| Winckel . . . . .           | 8         |
| Steinmann . . . . .         | 10,10 o/o |
| Seitz . . . . .             | 11 o/o    |
| Mangiagalli . . . . .       | 11,66 o/o |
| Courtade . . . . .          | 13,20 o/o |
| Notre statistique . . . . . | 17,11 o/o |
| Hecker . . . . .            | 18 o/o    |
| Dubé . . . . .              | 25 o/o    |
| Rumpe . . . . .             | 27 o/o    |
| Schwing . . . . .           | 27 o/o    |
| Ahlfeld . . . . .           | 36 o/o    |
| Cohnstein . . . . .         | 55 o/o    |

Pour Seitz, le nombre des forceps augmente proportionnellement avec l'âge. On eut recours au forceps dans 11 o/o des cas. Tandis que le forceps n'entre que dans 2 o/o des accouchements : dans les cas qui nous occupent, le forceps fut appliqué avec 5 fois plus de fréquence, et chez les femmes de trente-cinq à quarante-quatre ans, avec 10 fois plus de fréquence. A remarquer que dans 1,1 o/o des cas la perforation fut le résultat de la dystocie des parties molles.

«... Nous voyons dans un tiers de la totalité des cas de nombreuses blessures du périnée, et souvent des incisions furent nécessaires. »

Voici les tableaux sur lesquels s'appuient ces conclusions :

*Premier tableau par rapport à la période d'expulsion*

| Durée de l'expulsion | Blessures déchirures | Forceps | Fièvre légère | Fièvre grave | Mort |
|----------------------|----------------------|---------|---------------|--------------|------|
|                      | 0/0                  | 0/0     | 0/0           | 0/0          | 0/0  |
| 1 heure              | 6,6                  | 0,6     | 1,6           | 0,7          | 0,12 |
| 1 à 2 heures         | 14,1                 | 1,8     | 2,6           | 1,03         | 0,27 |
| 2 à 4 —              | 22,1                 | 4       | 2,9           | 1,11         | 0,11 |
| 4 à 6 —              | 24,1                 | 12,4    | 3,9           | 1,61         | 0,4  |
| + de 6 —             | 27,5                 | 35,2    | 6,4           | 4,3          | 1,71 |

*Deuxième tableau par rapport aux âges*

| Age     | Durée d'expulsion | Blessures | Forceps | Fièvre légère | Fièvre grave |
|---------|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------|
| 28 à 30 | 2 h.              | 34,55     | 7,8     | 15,5          | 5,24         |
| 31 à 35 | 3 h. 1/4          | 32,5      | 14,7    | 21            | 5,24         |
| 35 à 44 | 4 h. 1/2          | 32,5      | 19,5    | 22            | 4,6          |

Si l'on s'en rapporte à la fréquence des opérations de forceps, manifestement supérieure à la moyenne, on ne peut s'empêcher de conclure que la rigidité du canal d'expulsion, périnée mou et coccyx, est chose certaine chez les primipares âgées. En réalité, il est fort probable que les opérateurs, inclus à prévenir l'existence d'une telle rigidité, se laissent aller à recourir à la vis *a fronte* artificielle par crainte de difficultés trop ardues pour l'expulsion spontanée de l'enfant. Il suffit de parcourir l'ensemble des observations pour s'assurer que dans bon nombre d'entre

elles, l'intervention libératrice a été mise en action, sans que son emploi ait été indiqué du fait d'une altération des bruits du cœur fœtal ou du fait de l'inertie utérine par épuisement. En d'autres termes, souvent le forceps est appliqué plutôt en prévisions de difficultés éventuelles que pour faire face à un obstacle certain.

---

## MORTALITÉ DES MÈRES

---

Les décès de primipares âgées sont dans notre statistique de 19 sur 697, soit une proportion de 2,72 0/0. En voici le détail :

### I. — *Décès à la suite d'interventions* causées par :

#### 1<sup>o</sup> *Accidents gravido-cardiaques.*

Un cas de césarienne vaginale pour brides vaginales, col atrophié. Mort à la fin de l'opération.

Un cas d'accouchement forcé. Dilatation bimanuelle, col long, durée trente minutes, forceps. La femme présente ensuite de la dyspnée et de la cyanose. Meurt cardiaque trois jours après.

} 2 cas

#### 2<sup>o</sup> *Phénomènes péritonéaux.*

Accouchement accéléré avec dilatation bimanuelle. Forceps au détroit supérieur. Délivrance normale causée par l'état brusque d'une malade opérée 5 semaines avant d'une hernie.

} 1 cas

3° *Bassins viciés.*

- a) Bassin aplati. P. S. P. = 10,3 = 9. Forceps en ville. Arrive à l'hôpital mourante. On lui fait sérum-basiotripsie. Délivrance artificielle immédiate. Tamponnement utérin et abbo-mino-vaginal. Meurt deux heures après l'accouchement.
- b) Bassin vicié. Écarteur. Dilatation bimanuelle. Basiotripsie et délivrance artificielle immédiate. La femme présente ensuite 39 degrés, on lui fait écouvillonnage. Injection intraveineuse de collargol. Elle meurt le quatrième jour de septicémie généralisée. } 3 cas
- c) Accouchement provoqué. Ballon Tarnier. Écarteur. Déchirures du col et du périnée. Température monte de plus en plus jusqu'à 39 degrés le dixième jour, s'y maintient. Mort le dix-neuvième jour.

4° *État de souffrance de l'enfant*

Trois circulaires du cordon. Dilatation bimanuelle. Forceps. La malade fait 39°6, puis 40°3 le cinquième jour ; on lui fait un écouvillonnage et du collargol ; elle redescend alors à 38°4 pour remonter insensiblement à 40 degrés, où elle meurt le douzième jour. } 1 cas

5° *Éclampsie.*

Dilatation complète à l'arrivée à l'hôpital. Forceps. Meurt deux heures après. } 1 cas

6° *Hémorragies.*

a) Placenta prævia central. Hémorragies graves. Opérations. Dilatation bimanuelle. Version interne. Suture du col. La femme oscille de 39 à 40 degrés. Meurt le troisième jour.

b) Épaule et hémorragie rétro-placentaire. Écarteur. Dilatation bi-manuelle. Embryotomie. Délivrance artificielle. Injection utérine iodée et collargol intra-veineux. La malade aussitôt l'opération présente 38 à 38°4 jusqu'au onzième jour, où mort.

c) Bassin vicié avec hémorragies de la délivrance artificielle. Septicémie généralisée : bains froids, collargol, curetage, attouchements iodés. La température monte sans arrêt jusqu'au sixième jour à 41 degrés. Mort.

3 cas

II. — *Décès sans interventions, l'accouchement étant normal.*

1° Arrivée à l'hôpital, état de variole hémorragique avec 39 degrés, meurt vingt-quatre heures après ;

2° Accouchement prématuré à six mois. Albuminurie intense, hydramnios. Placenta prævia marginal, hémorragies de la grossesse et de la délivrance, amenée dans cet état grave. Sérum, meurt une heure après ;

3° Anémie pernicieuse, mort au sixième jour ;

4° Bassin vicié et siège, mort de l'enfant pendant le travail. Infection au quatrième jour, on fait irriga-

tion 30 litres, attouchement iodé, bains refroidis, abcès de fixation, mort le vingt-quatrième jour ;

5 Arrive à l'hôpital la tête à la vulve. Infection le neuvième jour, attouchement iodé. Collargol. Bains le onzième jour. Nucléinate de soude, meurt le quatorzième jour ;

6° *Accouchement normal*, température monte jusque 40 degrés au troisième jour. Septicémie et rhumatisme infectieux, mort au troisième jour ;

7° *Accouchement fait en ville*, amenée le dixième jour pour hémorragie secondaire. Rétention du cotylédon. Curettage, frisson deux heures après. Infection, meurt le quatrième jour ;

8° *Avortement provoqué par manœuvres utérines* après absorption de produits toxiques, mort quarante-huit heures après.

Total de ces cas = 8 cas, ce qui avec les 11 cas à la suite d'interventions, donne 19 cas de décès sur 697 accouchements soit une proportion de 2,72 0/0.

Si maintenant chez nos vieilles primipares nous étudions la mortalité aux différents âges, nous avons :

|        |       |     |     |   |          |
|--------|-------|-----|-----|---|----------|
| 28 ans | 4 cas | sur | 166 | = | 2,40 0/0 |
| 29 —   | 1 cas | —   | 77  | = | 1,29 —   |
| 30 —   | 1 cas | —   | 125 | = | 0,80 —   |
| 31 —   | 1 cas | —   | 58  | = | 3,43 —   |
| 32 —   | 3 cas | —   | 77  | = | 3,89 —   |
| 33 —   | 1 cas | —   | 270 | = | 2,70 —   |
| 34 —   | 3 cas | —   | 30  | = | 10 —     |
| 35 —   | 1 cas | —   | 22  | = | 4,54 —   |

36 }  
37 } 0/0

38 = 1 cas sur 15 = 6,66 0/0

39 }  
40 }  
41 } 0, 0/0  
42 }  
43 }

44 = 1 cas sur 3 = 35,23

46 }  
57 } 0, 0/0

Reprenons nos groupes de primipares âgées tels que nous les avons établis.

|                    |        |     |     |          |
|--------------------|--------|-----|-----|----------|
| De 28 à 30 ans     | 6 cas  | sur | 243 | 2,46 0/0 |
| De 30 à 35 —       | 10 cas | —   | 327 | 3,05 0/0 |
| De 35 et au-dessus | 3 cas  | —   | 119 | 2,51 0/0 |

Moyenne générale 2,72 0/0.

Ce résultat est un des plus contradictoires que nous trouvions avec certains auteurs ; le tableau suivant nous en donne la preuve :

| Winckel      | donne | 3 0/0 de mortalité |
|--------------|-------|--------------------|
| Hecker       | —     | 5,40 0/0 —         |
| Kleinwachter | —     | 6,48 0/0 —         |
| Krüger       | —     | 7,70 0/0 —         |
| Rumpe        | —     | 8 0/0 —            |
| Alhfeld      | —     | 7 0/0 —            |
| Schwing      | —     | 10 0/0 —           |

|             |   |           |   |
|-------------|---|-----------|---|
| Courtade    | — | 14,33 o/o | — |
| Mangiagalli | — | 15 o/o    | — |
| Cohnstein   | — | 27,70 o/o | — |

Notre statistique avec ses 2,72 o/o arrive de beaucoup en tête de cette liste ; Courtade, à la suite de ses tableaux conclut : « Nous constatons que le chiffre de la mortalité croît chez les vieilles primipares en même temps que leur âge. » Or, nos tableaux nous permettent de nous élever complètement contre cette opinion et, chiffres nombreux en mains, de déclarer que la « mortalité chez les primipares ne subit aucune influence de l'âge de la parturiente ».

Une explication de ce fait résulte peut-être, comme le fait remarquer Courtade lui-même, dans les progrès de l'antisepsie ; les statistiques citées plus haut ont été faites au début de l'antisepsie ou avant elle. Depuis cette époque, la méthode antiseptique a évité bien des morts et notre statistique nous en montre des exemples nombreux. De plus, parmi nos décès un certain nombre ont frappé des femmes arrivant à l'hôpital déjà infectées, ayant subi en ville soit l'accouchement, soit des manœuvres obstétricales et qui auraient peut-être échappé à l'infection si elles avaient été, dès le début, soumises aux soins de la maternité de Lariboisière.

Depuis Courtade, Boncourt, Dubé, Courgenou, Caillods ne signalent plus ces effroyables mortalités des auteurs italiens et allemands ; Caillods déclare qu'il n'y a rien de particulier à signaler pour la mor-

talité chez les primipares âgées. Courgenou déclare que bien « qu'on doive quelquefois employer le forceps, tout se passe en général bien pour la mère et l'enfant ».

Les auteurs allemands n'ont pas du tout notre optimisme et ne croient pas à cette sauvegarde de l'antisepsie. Seitz dans son article déjà cité s'exprime ainsi : « L'influence de la longue durée du deuxième temps sur la mère n'a pas encore été étudiée. Il serait pourtant très intéressant de savoir comment ont succombé beaucoup de femmes, mortes des suites de leur premier accouchement aux temps où l'on ne connaissait pas l'antisepsie. » Si on lit l'histoire des accouchements à cette époque, par exemple dans le travail de Schwartz, on retrouve toujours le même refrain : « Longue durée d'accouchement..., infection septique..., forceps difficile..., *perforation*..., fièvre grave..., mort de la mère... »

Encore aujourd'hui l'influence d'une longue durée de l'accouchement s'est fait sentir sur la mère :

| Expulsion    | Mortalité |
|--------------|-----------|
| —            | —         |
| 1 h.         | 0,12 0/0  |
| 1 à 2 heures | 0,27 0/0  |
| 2 à 4 —      | 0,11 0/0  |
| 4 à 6 —      | 0,4 0/0   |
| + de 6 —     | 1,71 0/0  |

« ... Les cas de mort dus à la septicémie ne sont

pas beaucoup plus nombreux ; au lieu de 0,30/0 ils ont été de 0,40/0. Les éléments de cette statistique sont bien suffisants pour prouver qu'aujourd'hui encore les primipares âgées sont plus exposées. »

On pourrait être surpris de voir qu'avec la prolongation du travail et la fréquence des interventions du forceps en particulier, la mortalité par infection se maintient au-dessous de la moyenne.

Cette méditation qui ressort de nos chiffres et qui, cependant, est opposée à celle qui découle des statistiques allemandes, ne peut s'expliquer que par ce fait. La présence d'un accouchement dystocique amène l'accoucheur à redoubler de précautions prophylactiques contre l'infection et c'est ainsi que les primipares âgées sont plus que les autres, si c'est possible, exemptes de l'examen réédité par toucher vaginal, qu'elles sont soumises, à Lariboisière tout au moins, au iodage de l'utérus aussitôt après la délivrance, et aux pratiques d'antisepsie active par le moyen des injections vaginales durant les six premiers jours des couches.

---

## MORBIDITÉ

---

Veib en 1867 avait signalé l'augmentation de la morbidité des primipares âgées, Rumpe trouva un chiffre élevé pour la morbidité des mères ; Kleinwachter regardait comme fréquentes les complications morbides chez les primipares âgées ; pour Courtade la morbidité soit naturelle, soit accidentelle est marquée par un chiffre assez élevé, Caillods la donne comme plus élevée chez les primipares âgées que chez les jeunes.

Dans notre statistique sur 697 accouchements, 84 cas ont été suivis de température, soit une moyenne de 13,48 o/o dont :

|                                                                             |          |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------|
| 26 cas d'infection du sein (galactophorite, lymphangite).....               | 3,72 o/o |
| 1 cas d'infection intestinale.....                                          |          |
| 24 cas ayant en une seule élévation de température dépassant 38 degrés..... | 3,44 o/o |
| 3 cas de périnéorraphie infectée.....                                       | 0,43 o/o |
| 40 cas d'infection grave.....                                               | 5,70 o/o |

Si nous ne gardons que les cas d'infection génitale purement utérine et périnéale, c'est-à-dire en

enlevant les 27 cas d'infection du sein et d'infection intestinale, il nous reste  $84 - 27 = 67$  cas.

Si nous les rapportons à notre division des primipares en trois catégories nous avons :

|              |            |             |           |
|--------------|------------|-------------|-----------|
| 28 à 30..... | 243 femmes | 21 cas..... | 8,64 o/o  |
| 30 à 35..... | 327 femmes | 24 cas..... | 7,33 o/o  |
| lus.....     | 107 femmes | 22 cas..... | 17,32 o/o |

En divisant en infections légères et en infections graves.

Infection légère

|                 |            |          |
|-----------------|------------|----------|
| 28 à 30 ans.... | 11 cas.... | 4,53 o/o |
| 30 à 35 ans.... | 9 cas....  | 2,75 o/o |
| 35 et plus..... | 7 cas....  | 5,51 o/o |

Infection grave

|                 |            |           |
|-----------------|------------|-----------|
| 28 à 30 ans.... | 10 cas.... | 4,11 o/o  |
| 30 à 35 ans.... | 15 cas.... | 4,68 o/o  |
| 35 et plus..... | 15 cas.... | 11,82 o/o |

Si nous consultons les tableaux de Seitz nous y trouvons :

|                 | Infection légère | Infection grave |
|-----------------|------------------|-----------------|
| 28 à 30 ans.... | 15,5 o/o         | 5,24            |
| 31 à 35 ans.... | 21 o/o           | 5,24            |
| 35 et plus..... | 22 o/o           | 4, 6            |

Les tableaux de Seitz et les nôtres ne concordent pas du tout ; car si pour l'infection légère l'auteur allemand trouve une proportion considérable, nous en trouvons trois fois moins que lui ; pour l'infection

grave, nous en possédons plus que lui, 11,82 o/o au lieu de 4,6 o/o.

Quelle est l'explication de cette morbidité ? Seitz la déclare liée à la durée de l'expulsion et proportionnelle à cette durée ; il s'appuie sur le tableau suivant :

| Durée de<br>l'expulsion | Fièvre<br>légère | Fièvre<br>grave |
|-------------------------|------------------|-----------------|
| —                       | —                | —               |
| 1 h.                    | 1,6              | 0,7             |
| 1 à 2 h.                | 2,6              | 1,03            |
| 2 à 4 h.                | 2,9              | 1,11            |
| 4 à 6 h.                | 3,9              | 1,61            |
| + de 6 h.               | 6,4              | 4,3             |

Nous ne pouvons chercher dans la même cause l'explication de nos infections graves, si élevées chez les femmes au-dessus de trente-cinq ans (11,82 o/o) puisque pour nous la période d'expulsion ne s'augmente pas chez les primipares âgées ; mais nous ferons remarquer que sur nos 67 cas d'infection nous comptons 30 cas de femmes ayant subi une intervention sérieuse et 3 cas de femmes ayant eu des hémorragies graves, c'est-à-dire que dans la moitié des cas les femmes étaient prédisposées plus que toutes autres à faire de l'infection.

---



## ENFANTS

---

Nous avons à examiner successivement chez les enfants des primipares âgées :

- 1° Le sexe ;
- 2° Les poids et longueur ;
- 3° Les présentations et positions ;
- 4° La mortalité.

### *Sexe*

Pour la plupart des auteurs, le nombre des garçons semble être plus élevé que celui des filles. Voici un tableau de quelques auteurs :

|                    |        |        |     |
|--------------------|--------|--------|-----|
| Mangiagalli.....   | 35 ans | 88     | 0/0 |
| Dieterler .....    | 30 —   | 101,5  | 0/0 |
| Courade .....      | 28 —   | 103,16 | 0/0 |
| Steinmann.....     | 30 —   | 107    | 0/0 |
| Kleinwachter ..... | 30 —   | 113,72 | 0/0 |
| Schwing.....       | 30 —   | 115    | 0/0 |
| Bidder .....       | 30 —   | 116    | 0/0 |
| Rumpe .....        | 30 —   | 121    | 0/0 |
| Schramm.....       | 28 —   | 124    | 0/0 |
| Schramm .....      | 30 —   | 132,85 | 0/0 |
| Krüger .....       | 30 —   | 133    | 0/0 |

|              |    |   |     |     |
|--------------|----|---|-----|-----|
| Hecker.....  | 30 | — | 133 | 0/0 |
| Ahlfeld..... | 31 | — | 137 | 0/0 |
| Grenser..... | 30 | — | 200 | 0/0 |

Donc, ce qui semble le plus net à la vue de tous ces chiffres, c'est leur diversité, presque leur contradiction.

Courtade signale la valeur du chiffre de Schramm qui porte sur 1.055 enfants; ce chiffre est de 124 0/0.

En comparaison avec celui-ci, Bidder, sur une statistique plus formidable encore, trouve 117,5 0/0.

Notre statistique va s'éloigner de la plupart de ces chiffres et se trouver en contradiction avec la plupart des auteurs.

En effet, nous avons 580 grossesses dont le sexe ait été indiqué et qui nous donnent 588 enfants, 8 grossesses ayant été gémellaires.

|              |     |                                             |
|--------------|-----|---------------------------------------------|
| Garçons..... | 289 | } Moyenne, 96,36 garçons<br>pour 100 filles |
| Filles.....  | 299 |                                             |

Voyons maintenant la proportion à différents âges :

|         | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 46 | 57 |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Garçons | 67 | 32 | 60 | 22 | 29 | 17 | 13 | 8  | 13 | 7  | 5  | 5  | 4  | 1  | 3  | 1  | »  | 1  | 1  |
| Filles  | 73 | 36 | 50 | 23 | 36 | 14 | 14 | 9  | 11 | 8  | 6  | 8  | »  | 1  | 1  | 2  | 1  | »  | »  |

Donc, notre proportion est de 96,36 0/0 garçons, ce qui serait contraire à l'opinion généralement admise que la proportion des garçons chez les pri-

mipares âgées l'emporterait sur la proportion des filles.

Notons l'opinion de M. Frænkel qui estime que chez les primipares trop jeunes comme chez les primipares âgées, le nombre des garçons l'emporte sur celui des filles au delà de la proportion normale.

Cette proportion normale serait 106 o/o d'après Rumpe, 116 garçons pour 100 filles d'après la plupart des Allemands, 112 o/o de garçons d'après Bidder. (Courtade, p. 73.)

Pour comparer nos chiffres à ceux de Rumpe (121 o/o) et Hecker (133 o/o) qui prennent comme limite d'âge trente ans, prenons nos primipares à partir de trente ans.

|                                         |   |              |
|-----------------------------------------|---|--------------|
| Restent 380 grossesses dont 100 garçons | } | soit 100 o/o |
| — — — 100 filles                        |   |              |

Donc, à partir de trente ans, les primipares donnent autant de garçons que de filles, d'après nos chiffres.

Si nous nous rapprochons d'Ahlfeld (trente-deux ans), nous avons 225 cas :

|             |   |                   |
|-------------|---|-------------------|
| 108 garçons | } | = 93,33 garç. o/o |
| 107 filles  |   |                   |

Donc déjà légère diminution.

Restent les primipares au-dessus de trente-cinq ans qui nous donnent 87,64 garçons o/o.

Reprenons notre division en trois catégories, nous aurons :

|                     |              |     |             |
|---------------------|--------------|-----|-------------|
| De 28 à 30 ans      | Garçons..... | 159 | } 100 o/o   |
| —                   | Filles.....  | 159 |             |
| De 30 à 35 ans      | Garçons..... | 89  | } 95,68 o/o |
| —                   | Filles.....  | 90  |             |
| Au-dessus de 35 ans | Garçons..... | 41  | } 87,23 o/o |
| —                   | Filles.....  | 47  |             |

C'est-à-dire que pour nous, nous regarderons comme extrêmement problématique l'influence de l'âge sur le sexe de l'enfant, mais nous rejetterons l'opinion de Bidder que le nombre des garçons prédomine à mesure qu'on s'éloigne de la période de pleine floraison.

Bidder qui avait observé 1220 primipares âgées arrivait aux conclusions suivantes :

1° Les très jeunes primipares engendrent beaucoup de garçons ;

2° Les primipares en pleine floraison engendrent plus de filles ;

3° Passé cette période on trouve plus de garçons ;

4° Les résultats sont les mêmes pour les multipares ; mais l'âge où apparaît la diminution du chiffre des garçons est un peu plus avancé chez elles.

« Il semblerait, dit-il, que le sexe tienne à la quantité mâle ou femelle de l'ovule. Les ovules mâles seraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés dans le jeune âge ou dans un âge avancé ; c'est au contraire pendant la pleine floraison de la femme que les ovules femelles se trouveraient dans ces mêmes conditions, et à ce moment la femme imposerait son propre sexe.

## POIDS DES ENFANTS

Cette question a divisé les auteurs en deux camps : les Mangiagalli, Kleinwachter, Courtade tiennent que le poids des enfants diminue à mesure que l'âge augmente ; d'autres, Sobbe, Mauriceau, Werlich, Cohnstein, soutiennent le contraire.

Hecker trouve dans ses tableaux une différence de 12 grammes comme poids des enfants et de 0 gr. 08 pour la longueur en faveur des vieilles primipares.

Rumpe trouve un excédent de 42 grammes en faveur des enfants de primipares âgées.

D'après Werlich, le poids de l'enfant augmente tant que la mère n'a pas quarante-quatre ans, mais surtout à partir de trente ans. Sobbe donne comme limite de l'augmentation du poids et de la longueur trente-cinq ans.

Dieterlen ne trouve pas grande différence entre le poids des enfants.

Halban, notons-le au passage, déclarait au LXXXI<sup>e</sup> Congrès de naturalistes et de médecins allemands à Selzburg que plus les femmes sont âgées, plus l'œuf est gros ; il l'a constaté par des observations d'œufs et de larves dans la série animale, observations qu'il présente sous forme de tableaux.

M. Fränkel déclare que les enfants des primi-

pares âgées sont plus gros que ceux des primipares jeunes.

Dans notre statistique, nous n'avons gardé que 350 cas d'enfants à terme :

| Age    | Cas    | Poids        |
|--------|--------|--------------|
| 28 ans | 91 cas | 3.262 gr. 96 |
| 29 —   | 35 —   | 3.376 gr. 56 |
| 30 —   | 59 —   | 3.261 gr. 69 |
| 31 —   | 29 —   | 3.241 gr. 37 |
| 32 —   | 38 —   | 3.008 gr. 68 |
| 33 —   | 21 —   | 3.289 gr. 52 |
| 34 —   | 16 —   | 3.231 gr. 25 |
| 35 —   | 8 —    | 3.415        |
| 36 —   | 14 —   | 3.742 gr. 85 |
| 37 —   | 10 —   | 3.338        |
| 38 —   | 7 —    | 3.800        |
| 39 —   | 4 —    | 3.216 gr. 66 |
| 40 —   | 6 —    | 3.220 gr. 41 |
| 41 —   | 1 —    | 3.000        |
| 42 —   | 4 —    | 3.187 gr. 5  |
| 43 —   | 2 —    | 3.500        |
| 44 —   | 1 —    | 3.150        |
| 46 —   | 2 —    | 2.950        |
| 57 —   | 1 —    | 3.000        |

Moyenne totale : 3.272,73

Reprenons nos 3 catégories.

|              |              |
|--------------|--------------|
| 28 à 30 ans. | 3.300 gr. 07 |
| 30 à 35 —    | 3.237 gr. 16 |
| 35 et plus.  | 3.282 gr. 27 |

Ce qui semblerait indiquer que le poids, après avoir subi une diminution de 30 à 35 se relèverait petit à petit après trente-cinq ans.

## PRÉSENTATIONS ET POSITIONS

Pour Pinard, les présentations vicieuses sont beaucoup plus rares chez les primipares que chez les multipares. Si donc nous trouvons chez des primipares de plus de trente ans plus de présentations vicieuses que l'on ne devrait, c'est que l'âge seul est en cause (Courtade, p. 80.)

Pour Kleinwachter la fréquence des positions vicieuses augmente avec l'âge ; elle s'élèverait même beaucoup. Donnons d'abord une idée de notre statistique :

Sur les 684 cas dans lesquels la présentation a été notée, nous avons :

|                                      |           |            |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| Présentation des sommets 629 soit... | 91,95 o/o | } 8,02 o/o |
| — vicieuses, face 9 soit...          | 1,31 o/o  |            |
| — — siège 40 soit...                 | 5,84 o/o  |            |
| — — épaule 6 soit...                 | 0,87 o/o  |            |

Sur les 629 sommets.

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| Positions gauches. Variété antérieure. . . . .  | 326 |
| Positions gauches. Variété postérieure. . . . . | 7   |
| Positions gauches. Variété transverse. . . . .  | 21  |
| Positions droites. Variété antérieure. . . . .  | 3   |
| Positions droites. Variété postérieure. . . . . | 10  |
| Positions droites. Variété transverse. . . . .  | 148 |
| Inconnue. . . . .                               | 14  |

Rapprochons notre moyenne des positions vicieuses de celle des auteurs, nous avons :

| Limite d'âge               |        | Moyenne  |
|----------------------------|--------|----------|
| Hecker. . . . .            | 30 ans | 5,60 0/0 |
| Courtade. . . . .          | 28 —   | 6,56 —   |
| Kleinwachter . . . . .     | 30 —   | 6,93 —   |
| Winkel . . . . .           | 30 —   | 8 —      |
| Rumpe. . . . .             | 30 —   | 8 —      |
| Notre statistique. . . . . | 28 —   | 8,02 —   |
| Ahlfeld. . . . .           | 32 —   | 10 —     |
| Steinmann . . . . .        | 30 —   | 10,10 —  |
| Cohnstein. . . . .         | 30 —   | 12,50 —  |

Comparée à ces moyennes, la nôtre se montre d'un chiffre assez élevé, comme presque toutes celles des auteurs, sans néanmoins atteindre les chiffres énormes de Cohnstein.

Rapprochons un tableau des positions vicieuses fait suivant les 3 catégories de primipares âgées de ceux de Courtade et Kleinwachter :

| Kleinwachter |          | Courtade        |          | Nous     |
|--------------|----------|-----------------|----------|----------|
| 16 à 19 ans  | 1,96 0/0 | Moins de 30 ans | 2,68 0/0 | 2,35 0/0 |
| 20 à 29 —    | 3,45 —   | 30 à 35 ans     | 7,03 —   | 3,36 —   |
| 30 à 41 —    | 6,93 —   | 35 et plus      | 18 —     | 2,19 —   |

Donc, vue dans ses détails, notre statistique, loin de se rapprocher des auteurs, ne semble pas confirmer cette opinion que l'influence de l'âge est manifeste sur les présentations vicieuses, elle semblerait prouver par ses chiffres qu'il n'en est rien.

*Présentation de la face.* — Celle-ci a pour proportion ordinaire 0,4 0/0 suivant Pinard. Nous l'avons

trouvée 9 fois soit une proportion de 1,31 o/o ; comme le pensent les auteurs, elle semble donc d'une fréquence anormale.

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Courtade. . . . .          | 0,62 o/o |
| Schwing. . . . .           | 0,98 —   |
| Steinmann. . . . .         | 1,30 —   |
| Notre statistique. . . . . | 1,31 —   |
| Hecker. . . . .            | 1,38 —   |
| Ahlfeld. . . . .           | 1,90 —   |
| Kleinwachter. . . . .      | 2,97 —   |
| Krüger. . . . .            | 3,20 —   |
| Cohnstein. . . . .         | 5,30 —   |

Parmi les causes données par les auteurs, nous donnerons.

- 1° La résistance du col ;
  - 2° La rigidité des parties molles ;
  - 3° La conformation vicieuse du bassin (Winkel, Rumpe, etc.).
- (Courtade, p. 81.)

Si nous voulons la calculer aux différents âges nous avons.

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Moins de 30 ans | 0,291 o/o |
| 30 à 35 ans     | 0,721 —   |
| 35 et plus      | 0,291 —   |

*Présentation du siège.* — Notre moyenne 5,84 est assez supérieure à la normale, qui est de 3,3 o/o et nous occupons la place suivante parmi les auteurs :

|                    |          |
|--------------------|----------|
| Cohnstein. . . . . | 2,5 o/o  |
| Ecker. . . . .     | 2,76 o/o |
| Schwing. . . . .   | 2,95 o/o |

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| Rumpe. . . . .             | 3       |
| Kleinwachter. . . . .      | 3,96    |
| Courtade. . . . .          | 4,37    |
| Notre statistique. . . . . | 5,84    |
| Krüger. . . . .            | 6       |
| Ahlfeld. . . . .           | 4,7 0/0 |
| Steinmann. . . . .         | 7,6 0/0 |

Là encore Kleinwachter, Courtade donnent les présentations de l'épaule comme plus fréquentes avec l'âge ; notre tableau contredit encore le leur :

|                          | Courtade   | Nous     |
|--------------------------|------------|----------|
| Moins de 30 ans. . . . . | 1,38 0/0   | 1,89 0/0 |
| 30 à 35. . . . .         | 3,90 0/0   | 2,04 0/0 |
| 35 et plus. . . . .      | 14,0/0 0/0 | 1,89 0/0 |

Sur 40 présentations pelviennes, nous avons 4 gémellaires ;

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1° 2 sièges            | 3° 1 siège et 1 sommet |
| 2° 1 siège et 1 épaule | 4° 1 siège et 1 sommet |

*Présentation de l'épaule.* — La moyenne normale étant dans ce cas, toujours d'après Pinard, de 0,8 0/0, nous serions donc à ce point de vue resté dans la moyenne, puisque notre proportion est de 0,86 0/0.

|                      |          |
|----------------------|----------|
| Rumpe donne. . . . . | 2 0/0    |
| Courtade. . . . .    | 1,56 0/0 |
| Steinmann. . . . .   | 1,20 0/0 |

Et là encore nos chiffres refusent d'admettre que le nombre des présentations vicieuses augmente avec l'âge :

|                                  |              |           |
|----------------------------------|--------------|-----------|
| Au-dessous de 30 ans. . . . .    | 0 = ?        | 0,145 0/0 |
| De 30 ans à 35 ans, . . . . .    | 3 = 2,40 0/0 | 0,58 0/0  |
| Au-dessus de 35 et plus. . . . . | 2 = 4,15 0/0 | 0,145 0/0 |

## MORTALITÉ CHEZ LES ENFANTS

Nous avons vu que la plupart des auteurs considèrent la mortalité comme augmentée et quelquefois d'une façon considérable chez les primipares âgées

Rappelons que Caillods la donnait en 1908 comme due :

1° A la plus grande durée du travail et surtout de la période d'expulsion.

2° A la plus grande fréquence des interventions.

Rappelons également que Kleinwachter établit que si la mortalité est moins élevée chez les primipares jeunes que chez les vieilles, elle l'est plus chez les primipares d'âge moyen que chez toutes autres. (Courtade, p. 84.)

Voyons maintenant notre statistique :

Elle donne 108 morts dont 5 jumeaux, soit sur 697 grossesses une proportion de 14, 77 0/0.

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <i>Enfants mort-nés</i>        | 70 = 10,04 0/0 |
| <i>Morts 15 premiers jours</i> | = 4,73 0/0     |

### 1° Mort-nés :

|                      |    |
|----------------------|----|
| Prématurés. . . . .  | 14 |
| Macérés. . . . .     | 10 |
| Non ranimés. . . . . | 14 |
| Syphilis. . . . .    | 7  |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Latérocidence du cordon. . . . . | 1  |
| Basiotripsie . . . . .           | 12 |
| Hydrocéphalie. . . . .           | 2  |
| Ranimés morts peu après. . . . . | 7  |
| Cranioclasie. . . . .            | 5  |
| Embryotomie. . . . .             | 1  |
| A l'arrivée(?). . . . .          | 2  |

## 2° Morts dans les suites des couches.

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| Prématurés. . . . .                     | 13 |
| Ranimés quelques jours . . . . .        | 7  |
| Broncho-pneumonie. . . . .              | 2  |
| Érysipèle. . . . .                      | 1  |
| Syphilis. . . . .                       | 3  |
| Subitement 2 <sup>e</sup> jour. . . . . | 1  |
| Infecté. . . . .                        | 1  |
| Convulsions. . . . .                    | 3  |
| Sipina bifida. . . . .                  | 1  |
| (?). . . . .                            | 3  |

Citons quelques chiffres d'auteurs; nous avons :

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Courtade. . . . .          | 14,24 o/o |
| Notre statistique. . . . . | 14,77 —   |
| Hecker (à Munich). . . . . | 17,6 --   |
| Winkel (Dresde). . . . .   | 20 —      |
| Ahlfeld (Leipzig). . . . . | 24 —      |
| Cohnstein. . . . .         | 44,8 —    |

Nous voyons ainsi que, bien que notre chiffre soit assez élevé, nous n'atteignons pas les proportions formidables de certains auteurs.

Si maintenant nous reprenons nos trois catégo-

ries de primipares en comparaison avec Courtade, nous allons trouver des résultats comparatifs indiquant une même gradation.

| Ages       | Courtade  | Nous      |
|------------|-----------|-----------|
| —          | —         | —         |
| 28 à 30    | 14,24 0/0 | 14,77 0/0 |
| 30 à 32    | 19,26 —   | 16,96 —   |
| 32 et plus | 22 —      | 17,75 —   |

Si donc nous avons une gradation parallèle à l'âge aussi forte que celle de Courtade, il nous semble que dans ce dernier cas nous pouvons dire comme lui que « la moyenne de la mortalité chez les enfants des primipares croît en raison directe de l'âge ».

Nous citerons maintenant un extrait de l'article de M. L. Seitz, dont nous avons déjà parlé : *Dystocie des parties molles*. M. Seitz, après avoir montré que dans tous les accouchements en général le pourcentage des enfants morts sera d'autant plus fort que la durée du travail et surtout celle de la période d'expulsion seront plus longues déclare : « Cette influence se manifeste plus clairement encore et avec plus d'importance, lorsqu'on ne considère que les primipares âgées, et il est indiscutable que la dystocie sera d'autant plus grave que la femme sera plus avancée en âge lors du premier accouchement.

En effet «... la durée de l'accouchement augmente proportionnellement avec l'âge et monte de vingt heures quatre minutes à vingt heures et demie et

la durée du deuxième temps seul s'élève de deux heures à quatre heures et demie. »

Il donne le tableau suivant pour la mortalité des enfants :

| Age         | Durée<br>totale | Expulsion | Asphyxiés | Morts-nés | Morts dans<br>1 <sup>re</sup> semaine |
|-------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|---------------------------------------|
| 28 à 30 ans | 20 h. 3/4       | 2 h.      | 2,26 o/o  | 5,01 o/o  | 4,04 o/o                              |
| 31 à 35 ans | 26 h. 1/2       | 3 h. 1/4  | 6,15 o/o  | 7,12 o/o  | 6,15 o/o                              |
| 36 à 44 ans | 28 h. 1/2       | 4 h. 1/2  | 6,6 o/o   | 7,85 o/o  | 6,83 o/o                              |

« Très intéressantes, dit-il, sont *les trois rubriques* qui nous apprennent la façon de se comporter de l'enfant.

1° Le nombre d'asphyxies augmente du triple proportionnellement avec l'âge;... ici l'on ne tient compte que des cas graves, les cas légers ne sont pas comptés ;

2° Les enfants morts pendant l'accouchement représentent déjà dans la première classe un pourcentage intéressant 5 o/o à côté de 3 o/o dans notre statistique (complète) de mortalité.

Dans les classes 2 et 3, les chiffres s'élèvent jusqu'à 7 à 8 o/o, atteignent donc presque le triple de la valeur normale ;

3° Il en est de même de la catégorie des enfants morts dans la première semaine. Alors que pour l'ensemble des parturientes de la Clinique des Femmes, la mortalité dans les premiers huit jours n'est que de 2 1/2 o/o sur 2.500 naissances, le nombre des enfants morts dépasse ici 4 o/o dans la pre-

mière classe et monte presque jusqu'à 5,7 o/o dans la troisième.

Cette plus grande mortalité des enfants dans la première semaine doit de même être considérée comme une suite directe des accidents au cours de l'accouchement.

### MORBIDITÉ

Dans notre statistique on observe :

Dont :

Sur 555 grossesses 19 enfants ranimés, accouchements à terme ou accouchements prématurés, soit du 3,24 o/o.

Interventions... 13 cas = 2,32 o/o  
(3 bassins viciés)

3 circulaires cordon..... 1 cas

Accouchements normaux..... 3 cas, 0,54 —

Sièges..... 2 cas, 0,36 —

Sur ces enfants ranimés :

7 meurent quelques heures après

7 meurent dans les douze premiers jours

Donc 14 enfants meurent sur 19 ranimés, soit du 2,32 o/o.

Malformations :

Hydrocéphalies..... 2 cas

Spina bifida..... 1 cas

*Chiffres de morbidité :*

|                                                         |       |
|---------------------------------------------------------|-------|
| Broncho-pneumonie.....                                  | 3 cas |
| Convulsions après version.....                          | 1 cas |
| — après éclampsie.....                                  | 1 cas |
| Abcès pariétal gauche 9 <sup>e</sup> jour. Forceps..... | 1 cas |
| Abcès sous-maxillaire —.....                            | 1 cas |
| Melœna.....                                             | 1 cas |
| Syphilis (pemphigus).....                               | 1 cas |
| Ophtalmie.....                                          | 1 cas |
| Enfant ayant fait de la température 39-40°..            | 1 cas |

Soit 11 cas de morbidité ce qui donne du  
1,98 o/o.

*Morbidité proportionnelle à l'âge :*

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 28 à 30 ans..... | 3 cas, 1,23 o/o |
| 30 à 35 —.....   | 4 — 1,22 —      |
| 35 — —.....      | 4 — 3,10 —      |

---

## CONCLUSIONS

---

### ACCOUCHEMENT. — MÈRES

I. — L'accouchement prématuré s'observe plus souvent chez les primipares âgées que chez toutes autres.

II. — Chez les primipares âgées, la lenteur du travail quant à la durée a été de beaucoup exagérée, elle est réelle cependant, mais se manifeste plutôt dans la période de dilatation.

III. — Cette prolongation est due :

1° Dans un certain nombre de cas à la viciation du bassin ;

2° A la faiblesse des contractions utérines ;

3° A la rigidité des parties molles ;

4° A l'ankylose du coccyx ; mais l'importance de ce dernier facteur semble avoir été exagérée, quoique réelle cependant.

IV. — L'intervention est souvent nécessaire chez les primipares âgées.

V. — La mortalité, grâce aux progrès de l'asepsie, est de beaucoup moins élevée que dans certaines statistiques.

VI. — La morbidité est plus élevée que chez des primipares d'âge moyen.

VII. — Les déchirures du périnée, quoique fréquentes, sont moins nombreuses qu'on ne le pense ordinairement.

### ENFANTS

VIII. — L'influence de l'âge de la mère sur le sexe et le poids des enfants semble nulle.

IX. — Les présentations vicieuses sont en proportion plus élevées que chez les autres primipares, mais leur nombre ne croit pas en raison directe de l'âge.

X. — La mortalité des enfants, assez élevée, semble croître en raison directe de l'âge de la mère :

XI. — La morbidité des enfants plus élevée chez les primipares d'âge avancé, l'est moins chez les primipares jeunes et moins encore chez les primipares d'âge moyen.

---

Vu : le Président de la thèse,

BAR

Vu : le Doyen,  
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD



